Nr. 28. 14. lipca 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Jubileuszowy Zjazd Lekarzy i Przyrodników polskich.

Pięćdziesięciolecie Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich przypadło, jak wiele innych pamiątkowych rocznic, na czasy trudne i niepewne, gdy Państwu Polskiemu, zaledwie odrodzonemu, zaledwie dźwigającemu się do nowego życia, zagroziła wraża nawała od wschodu. Nad wszystkiem górowało wtedy zadanie najżywotniejsze, sprawa niezawisłego bytu; na nic innego nie mogło być ani sił, ani pamięci. Na przegląd powojennego dorobku nauk przyrodniczych i medycyny w Polsce nadeszła chwila sposobna dopiero lat temu cztery, gdy nauka polska poczęła już znowu zapełniać szczerby w swej pracy.

Odtąd, od Warszawskiego Zjazdu w r. 1925, pamiętnego niebywałą liczbą uczestników, obfitością plonów, ale przedewszystkiem tem, że był to pierwszy Zjazd w Polsce **wolnej**, *— we wszystkich działach wiedzy przyrodniczej i lekarskiej coraz szybsze są nasze postępy, coraz liczniejsi pracownicy, coraz poważniejsze wyniki. W sam czas nadchodzi ponowny Zjazd we wrześniu bieżącego roku w Wilnie, który prace czterech ostatnich lat zesumuje i powiąże w całość, a niejednej z nich wytyczy drogę na przyszłość; może też już bezpośrednio udowodni potrzebę częstszych, niż dotąd, Zjazdów ogólnych.*

Ale nietylko za cztery lata ostatnie ma Zjazd wileński zrobić obrachunek Będzie on bowiem chwilą odpowiednią, by obejrzeć się wtecz na całe Zjazdów dzieło i zamknąć pierwszy okres ich historji. Mija właśnie lat sześćdziesiąt od daty, gdy przyrodnicy i lekarze polscy poraz pierwszy zebrali się do wspólnej pracy w Krakowie. Jubileusz jej, którego przed dziesięciu laty nie można było obchodzić, zbiega się z dziesięcioleciem odrodzonej Polski i z 350 rocznicą założenia Uniwersytetu Stefana Batorego. Zjazd wileński będzie miał wszelkie prawo do jubileuszowej uroczystości. Któż z polskich przyrodników i lekarzy nie chciałby uczestniczyć w tem święcie, święcie tem radośniejszem, że Wilno, nad którem najdawniej zaciążyła brutalna pięść najeźdźcy, które przez to nigdy jeszcze — jedyne z polskich stolic — nie mogło gościć wielkiego naukowego zebrania, nareszcie Zjazd nasz przyjmie w swe mury?!

Zjazd wileński zakończy ten okres, w którym Zjazdy lekarzy i przyrodników polskich musiały spajanie trzech zaborów stawiać bodaj na równi z innemi swemi zadaniami i ten swój cel wyraźnie i uroczyście podkreślać. Ale zarazem ma Zjazd wileński rozpocząć okres nowy, w którym Zjazdy stracą na zewnętrznym blasku, pogłębiając w zamian swą pracę i wiodąc ją wyłącznie na te tory, jakie są właściwem przeznaczeniem Zjazdów naukowych. Udowodnić zrozumienie tej konieczności i położyć podwaliny do przyszłego rozwoju Zjazdów w tym kierunku, możemy tylko przez udział w Zjeździe liczny i naukowy prawdziwie czynny.

CIECHANOWSKI
przewodniczący Delegacji Stałej Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich.

PRACE ORYGINALNE.

Prymarjusz Doc. Dr. J. ZUBRZYCKI. Kraków.

W sprawie przepłukiwania macicy po wyłyżeczkowaniu.

Z Oddziału położniczego i chorób kobiecych
Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Zastanawiając się wielokrotnie nad wartością i znaczeniem przepłukiwań macicy po jej wyłyżeczkowaniu, doszedłem do pewnych wniosków, które rzucają na tę sprawę nieco odmienne światło od tego w jakiem dotychczas przeważnie przywykliśmy ją widzieć. Rozważania moje nasunęły mi mianowicie tak wiele wątpliwości dotyczących wartości przepłukiwania macicy w tych wypadkach, że nabrałem przekonania, iż zabieg ten połączony jest nietylko ze znikomemi korzyściami dla chorej, lecz ponadto nie jest on dla niej nawet w wielu razach obojętny. Kryje on bowiem w sobie cały szereg niebezpieczeństw, które jak to z poniższych wywodów się okaże, mimo najstaranniejszej uwagi operującego lekarza mogą się stać przyczyną powikłań powodujących zejście śmiertelne. Celem wyjaśnienia, na podstawie jakich danych doszedłem do tych zapatrywań, pozwolę sobie poniżej przedstawić tok moich rozumowań. Treść ich stanowiło zestawienie i porównanie korzyści, oraz niebezpieczeństw związanych z przepłukiwaniem macicy po wyłyżeczkowaniu, wreszcie rozpatrzenie warunków i wskazań do tego zabiegu.

Zwolennicy przepłukiwania macicy w każdym wypadku po wyłyżeczkowaniu twierdzą, że uskuteczniają zabieg ten dla trzech powodów: 1) aby odkazić wnętrze macicy, 2) aby wypłukać z wnętrza trzonu resztki jaja, 3) aby zapobiec ewentualnemu krwawieniu. Zastanówmy się więc krytycznie nad temi korzyściami przepłukiwania i rozważmy przedewszystkiem 1) czy warunki i wskazania do niego istnieją w każdym bezwzględnie przypadku wyłyżeczkowania, a temsamem, czy przepłukiwanie macicy po każdym bez wyjątku wyłyżeczkowaniu jest należycie uzasadnione, dalej 2) czy nawet przy istniejących wskazaniach, względy techniczne, wynikłe z natury samego zabiegu i ze sposobu jego wykonywania pozwalają na uzyskanie wymienionych powyżej korzystnych wyników.

Na pierwsze z postawionych pytań odpowiedź nie jest wcale trudną. Nie ulega bowiem dla mnie najmniejszej wątpliwości, że w przeważnej liczbie wyłyżeczkowań nie spotykamy się z warunkami, któreby uzasadniały przepłukiwanie macicy. Naprzykład odnośnie do wyjałowienia jej wnętrza, nadmienić należy, że przepłukiwanie w tym celu mogłoby znaleść zastosowanie tylko w przypadkach w których mamy do czynienia z zakażonem wnętrzem macicy (zakażone poronienia) gdyż w tych jedynie tylko należałoby wnętrze to odkazić. Takich zaś spostrzegaliśmy u mnie na oddziele na ogólną sumę wyłyżeczkowań, wynoszącą 1446, zaledwo 266. Dotyczyły one wszystkie poronień gorączkujących. Lecz pozatem istnieje jednak przecież cały szereg przypadków w których wnętrze macicy jest w zasadzie jałowe (czyste wyłyżeczkowania ginekologiczne, niezakażone poronienia, przerwania ciąży) w których nawet w czasie zabiegu nie powinno ono ulec zakażeniu, o ile, rzecz jasna, operujemy w myśl zasad nowoczesnej chirurgji, zupełnie jałowo. W tych to ostatnich, przepłukiwanie macicy, celem wyjałowienia jej wnętrza, nie znajduje zupełnie logicznego uzasadnienia.

Podobnie przedstawia się sprawa przepłukiwań wnętrza macicy z przyczyn mających na celu usunięcie czy to resztek jaja, czy też kawałków błony śluzowej lub nowotworów, oraz w wypadkach w których chodzi o zahamowanie ewentualnego krwawienia. Z pierwszą z nich nie powinniśmy się wogóle liczyć a to z tego względu, bo należy zasadniczo wydobyć na zewnątrz doszczętnie łyżeczką lub w pewnych razach palcem, wszystkie cząstki oddzielone od wnętrza ściany macicy, wobec czego nie powinna zachodzić więcej potrzeba usuwania ich prądem przepływającego płynu. Z przypadkami krwawień zaś, któreby uzasadniały przepłukiwania macicy po wyłyżeczkowaniu w celu zahamowania krwotoku spotykamy się też niezmiernie rzadko. Zabieg ten bowiem może w zasadzie odnieść skutek tylko przy krwawieniach, powstałych na tle niedowładu mięśnia macicznego a z temi w zajmujących nas okolicznościach mamy do czynienia przeważnie tylko przy przerwaniu ciąży. Jednak i w tych warunkach powstałe, omawiane rodzaje krwawień we wczesnych miesiącach ciąży, w których wyłyżeczkowanie znajduje zastosowanie, należą do wyjątkowych. Wogóle zaś z obydwoma ostatnio wspomnianemi przyczynami tłumaczącemi zastosowanie przepłukiwania macicy spotykamy się nie często. Na dowód tego niech służy fakt, że o ile jeszcze w stosunkowo nieznacznej ilości naszych przypadków mogło istnieć wskazanie do przepłukiwania wnętrza macicy po wyłyżeczkowaniu w celu ewentualnego jej odkażenia, to zaznaczyć muszę, że w żadnym z 1446-ciu nie stwierdziliśmy obecności warunków, któreby uzasadnić mogły przepłukiwanie dokonane w celu usunięcia resztek z wnętrza macicy. lub w celu zatamowania krwawienia.

Z powyższego więc wniosek, że w wielu przypadkach wyłyżeczkowania wogóle niema wskazania do przepłukiwania macicy, bo wykonywanie go w celu uzyskania czegoś, czego uzyskania właściwie w danym przypadku nie zachodzi potrzeba, nie można nazwać lekarskiem wskazaniem. Na skutek tego musimy twierdzić, że przepłukiwanie wnętrza macicy w każdym bezwzględnie przypadku po wyłyżeczkowaniu nie jest wskazane i jako takie nie powinno być bezkrytycznie w tych razach stosowane.

Zastanówmy się teraz z kolei rzeczy nad stroną techniczną przepłukiwania i starajmy się znaleść odpowiedź na drugie z postawionych pytań, czy można przy obecnej technice przepłukiwania wnętrza macicy uzyskać wspomniane wyniki i czy wykonywanie go nawet w wypadkach istniejących do niego wskazań jest na skutek tego celowe. Dla ułatwnienia zaś zrozumienia całej sprawy uzmysłowmy sobie przedewszystkiem w jaki zazwyczaj sposób wykonujemy przepłukiwania wnętrza macicy. Jak powszechnie wiadomo, przepłukiwanie macicy uskuteczniać się powinno przy pomocy koneweczki i cewnika macicznego, pozwalającego na swobodny odpływ wprowadzonego do wnętrza macicy płynu kanałem o kilku milimetrach średnicy, płynem o średniej ciepłocie, jałowym, obojętnym lub posiadającym własności bakterjobójcze w mniejszym lub większym stopniu, pod ciśnieniem słupa wody, równającego się 40 — 60 milimetrom rtęci. Powyższe jednak zasady nieraz z konieczności rzeczy, skutkiem warunków w jakich znajduje się lekarz na prowincji lub w domu prywatnym, nie zawsze są tak ściśle przestrzegane jakby to powinno mieć miejsce. Wynikiem tego jest, że posługujemy się koneweczką i płynem o względnej jałowości. Lecz pominąwszy już i te ostatnio wspomniane a dające się bezwzględnie uniknąć niedokładności rozważmy i zastanówmy się czy w przypadkach wymagających wyjałowienia wnętrza macicy a więc zakażonych, (przypadki poronień przebiegających z gorączką) możemy przy pomocy opisanego sposobu postępowania wnętrze macicy odkazić. Po głębszem namyśle dojść musimy do wniosku, że jest to z wielu względów niestety nie do przeprowadzenia.

Składa się na to cały szereg przyczyn rozmaitej natury. O niektórych najważniejszych pokrótce wspomnę. I tak nie do pomyślenia jest w pierwszym rzędzie to, aby płyn o tak słabych własnościach bakterjobójczych, jakiego zazwyczaj używamy do przepłukiwania macicy, mógł przez stosunkowo krótki przeciąg czasu w którym wywiera swoje działanie na wewnętrzną powierzchnię macicy spowodować jej wyjałowienie. Lecz nawet przyjąwszy, iż pomimo to odkażanie wnętrza macicy w tych warunkach mogłoby mieć pewne widoki, należy wziąść pod uwagę, że i inne jeszcze pozatem względy stoją temu na przeszkodzie. Przedewszystkiem zaś wyklucza możliwość wyjałowienia wnętrza macicy sama jej budowa anatomiczna, która powoduje, że powierzchnia ranna po wyłyżeczkowaniu nie przedstawia się jako jednolita, równa płaszczyzna, lecz pełna jest mniejszych lub większych zagłębień i zaułków, spowodowanych między innemi rozmieszczeniem całego szeregu gruczołów, które od jej powierzchni w głąb ściany mięsnej wnikają. Do tychto zaułków i zagłębień płyn użyty do przepłukiwania macicy ze względów fizycznych dostać się nie może, nie jest więc w stanie na umiejscowione i rozwijające się tamże już bardzo wcześnie, we wszystkich prawie zakażonych wypadkach zarazki, zadziałać niszcząco. Z tychże samych przyczyn nie może też unieszkodliwić drobnoustrojów. które wniknęły już z powierzchni rannej w głąb tkanek, z czem jak wiadomo powszechnie spotykamy się nierzadko, zwłaszcza w przypadkach poronień zakażonych, cechujących się dłuższym przebiegiem. Działanie więc bakterjobójcze płynu wprowadzonego do macicy ograniczyć się może w najlepszym razie, — lecz i to jest bardzo względne — do zarazków znajdujących się na samej powierzchni wnętrza macicy a nigdy nie dosięgnie tych, które wniknęły już w światło gruczołów lub w głębsze warstwy tkanek. Błędnem jest także przypuszczenie, aby prąd przepływającego przez macicę płynu mógł mechanicznie doszczętnie wypłukać drobnoustroje na zewnątrz, jest to bowiem nie do pomyślenia z wielu rozmaitych a chociażby już tylko z wyżej wspomnianych względów. Opierając się więc na wymienionych danych dochodzimy do wniosku, że przepłukiwanie macicy dokonane po wyłyżeczkowaniu dla odkaże-

nia jej wnętrza mija się w zupełności z celem, nie spełnia bowiem swego zadania, a co więcej przyczynić się może do tego, że jałowe wnętrze macicy w niektórych wypadkach właśnie w czasie i skutkiem tego zabiegu ulegnie zakażeniu, lub też zarazki umiejscowione na pewnej ograniczonej jego przestrzeni, rozsiane zostaną mechanicznie prądem płynu na całą ranną powierzchnię.

Nie mniejszą także wagę i znaczenie posiada dla sprawy przepłukiwania wnętrza macicy po wyłyżeczkowaniu rozstrzygnięcie pytania, czy naprawdę przepłukiwaniem usunąć możemy resztki jaja, nowotworu lub błony śluzowej ze światła trzonu. Rzecz jasna i łatwo zrozumiała, że dotyczy to tylko resztek oddzielonych od ścian i wolno leżących w macicy. Części trzymające się jeszcze ściany trzonu wogóle siłą przepływającego prądu w czasie przepłukiwania nie mogą być od niej oderwane. Z cząstek zaś oddzielonych mogą wchodzić w rachubę tylko bardzo drobne a to ze względu na nieznaczną średnicę cewnika. Większe bowiem musiałyby światło jego zatkać i nie byłyby w stanie wydostać się wraz z płynem na zewnątrz. Takie jednak oddzielone od ściany macicy drobne kawałeczki nawet gdyby, co wątpliwe, pozostały we wnętrzu macicy, nie mogą, jak to doświadczenie kliniczne poucza wywrzeć w żadnym razie najmniejszego niekorzystnego wpływu na dalszy przebieg leczenia. Muszą one bowiem siłą faktu ulec w bardzo krótkim czasie rozpuszczeniu w macicy. Inaczejby się sprawa przedstawiała, gdyby można było przy pomocy przepłukiwania macicy wydalić z jej wnętrza duże, wolno w jej świetle leżące kawałki tkanek, które nie rozpuszczając się tak szybko jak drobne, mogłyby, pozostając przez dłuższy czas w macicy, stać się punktem wyjścia następowego zakażenia. Wtedy możnaby dopiero rozprawiać o tem, czy należy przepłukiwać macicę, celem usunięcia oddzielonych resztek. Lecz nawet i w tym wypadku, sądzę, że wszyscy zgodziliby się na to, iż lepiej i pewniej będzie usunąć cząstki te łyżeczką, niż narażać chorą na niepewny wynik przepłukiwania. Narazie jednak przy dzisiejszej technice tego zabiegu podniesione co dopiero pytanie, jest praktycznie rzecz biorąc zupełnie bezprzedmiotowe. Zanadto bowiem mała średnica odpływowego odcinka cewnika uniemożliwia bezwzględnie usunięcie większych kawałków prądem przepłukującego płynu. Te teoretyczne wywody znajdują swoje potwierdzenie i w codziennem spostrzeganiu klinicznem. Wystarczy tylko przyglądnąć się uważnie wykonywanemu przepłukiwaniu, aby przyznać słuszność powyższym, przez nas wielokrotnie stwierdzonym faktom. Wziąwszy więc pod uwagę te ostatnio przytoczone spostrzeżenia i wywody, musimy bezwzględnie dojść do wniosku, że przepłukiwanie macicy po wyłyżeczkowaniu celem usunięcia z jej światła oddzielonych od ściany resztek jest właściwie bezcelowe.

A teraz w dalszym ciągu zastanówmy się pokrótce nad tem, jaką wartość przedstawia przepłukiwanie macicy po wyłyżeczkowaniu, jako środek, stosowany przeciwko krwawieniu po zabiegu. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że pod wpływem przepłukiwań możemy do pewnego stopnia w niektórych wypadkach zahamować krwawienie z macicy, powstałe na tle niedowładu jej mięśnia. Przyspiesza ono bowiem nierzadko obkurczenie się mięśnia a w następstwie tego i zamknięcie światła naczyń, biegnących w ścianie macicy. Zaznaczyć jednak należy, że ten właśnie rodzaj krwawienia po wyłyżeczkowaniu, jak to już zresztą wspomniałem, wydarza się nie tak często aby to umotywować mogło przepłukiwanie jej we wszystkich bezwzględnie przypadkach wyłyżeczkowania, a nawet gdyby i krwawienie takie wystąpiło, to jeszcze zastanowić się należy, czy zachodzi wogóle potrzeba uciekania się odrazu do tego zabiegu, jako środka tamującego krwawienie, bez mała najbardziej niebezpiecznego ze znanych i najmniej w skutkach pewnego, mając do rozporządzenia cały szereg środków farmakologicznych i mechanicznych (mięsienie) w użyciu prostszych a w wynikach skuteczniejszych. W wyjątkowych tylko przypadkach, gdyby ostatnio wspomniane metody lecznicze zawiodły można przy krwawieniach powstałych na tle niedowładu mięśnia, uciec się do przepłukiwania i to wtedy, zanim przystąpimy do bardziej radykalnego postępowania, jak np. tamponady macicy lub jej usunięcia drogą zabiegu pochwowego, albo brzusznego. Z tych kilku uwag wynika, że przepłukiwanie macicy, dokonane w każdym przypadku po wyłyżeczkowaniu w celu rzekomego zatamowania krwawienia z jej wnętrza nie jest zgoła potrzebne a uzasadnione zastosowanie znaleść może tylko w wyjątkowych razach. Wpływa ono bowiem korzystnie w zasadzie tylko na krwotoki powstałe na tle niedowładu mięśnia macicznego a te wydarzają się po wyłyżeczkowaniu stosunkowo bardzo rzadko i dotyczą zazwyczaj tylko macic ciężarnych, pozatem zaś przemawia przeciwko niemu i to, że w olbrzymim odsetku przypadków krwawienia te zwalczyć możemy mniej radykalnemi i o wiele mniej niebezpiecznemi środkami niż przepłukiwanie.

Po rozpatrzeniu rzekomych korzyści przepłukiwania macicy, dokonanego po wyłyżeczkowaniu przedstawię dla należytego ocenia jego wartości, także i niebezpieczeństwa, jakie z niego dla chorej wyniknąć mogą. Na pierwszem miejscu wymienić należy bezwarunkowo najgroźniejsze z nich, to znaczy przebicie macicy cewnikiem, które o tyle jest niebezpieczniejsze w swoich skutkach niż każde inne uszkodzenie ściany macicy, że do jamy brzusznej dostać się może w tych razach większa lub mniejsza ilość płynu, którym przepłukujemy macicę, nie zawsze jałowego a ponadto częstokroć drażniącego, lub nawet trującego. Nawiasem nadmienię, że ostatnio wspomniana możliwość wydarzyć się może także i w wypadkach dokonanego w czasie samego wyłyżeczkowania, a następowo przeoczonego, zupełnego przebicia macicy, o ile po zabiegu przepłukujemy jej wnętrze. Wreszcie nie należy zapominać i o tem, że płyn do wolnej jamy trzewnej przedostać się może z macicy w czasie przepłukiwania nietylko na skutek okaleczenia jej ścian, ale także i za pośrednictwem prawidłowych jajowodów. Przypadki takie są znane w odnośnem piśmiennictwie. Na szczęście nie należą one do zbyt częstych, ale, że się jednak wydarzają, poucza nas o tem nietylko spostrzeganie kliniczne, lecz i anatomja patologiczna. Przyczyny zaś tego ostatnio wspomnianego powikłania dopatrywać się należy poza niskiem ułożeniem tułowia, zazwyczaj także w zadużem ciśnieniu płynu doprowadzonego do wnętrza macicy. Chcąc zaś temu zapobiec, polecano posługiwać się w czasie przepłukiwania macicy cewnikami maciczneni, umożliwiającemi swobodny odpływ płynowi z jej wnętrza i doradzano płukać pod ciśnieniem niedużego słupa wody. Wspomnianych rodzajów cewników znamy całe szeregi, niezawsze jednak spełniają one należycie swoje zadanie i to nie na skutek swej wadliwej budowy, lecz raczej z innych przyczyn, które oświetliły dopiero właściwie badania ostatnich lat. Badania, które mam na myśli a których wyniki mieliśmy i my sposobność potwierdzić na naszym oddziele, wykazały, że przez jajowody do wnętrza jamy trzewnej może się dostać czy to gaz, czy płyn, wprowadzony do wnętrza macicy, stosunkowo już pod nieznacznem ciśnieniem (Rubin). Wystarczy bowiem do tego, w niektórych przypadkach już nawet ciśnienie, nie przekraczające czterdziestu milimetrów rtęci. To zaś wytworzyć się może w czasie przepłukiwania macicy w jej wnętrzu bardzo łatwo, na skutek zamknięcia, nawet chwilowego, światła odpływowego odcinka cewnika (naprzykład skrzepem krwi). W takich to razach zanim nawet operujący lekarz spostrzeże ten wypadek już płyn na skutek wzmożonego ciśnienia w sprzyjających warunkach dostać się może drogą jajowodów do jamy brzusznej, powodując poważne powikłania chorobowe.

Z niebezpieczeństw, grożących chorej w czasie przepłukiwania macicy, wymienić pozatem należy możliwość zatoru powietrznego, spowodowanego przeoczeniem obecności baniek powietrznych umiejscowionych najczęściej w wężu gumowym, łączącym koneweczkę z cewnikiem, oraz niebezpieczeństwo zawleczenia i rozprzestrzenienia zarazków, znajdujących się w pewnych ograniczonych odcinkach dróg rodnych na całe okrwawione wnętrze macicy i wreszcie obawę zakażenia nie należycie wyjałowionym płynem, znajdującym się w niezawsze zasadom aseptyki odpowiadającej koneweczce.

Te wszystkie, poprzednio przytoczone wywody, przyczyniły się do tego, że zaniechałem przepłukiwania macicy po wyłyżeczkowaniu i spowodowały, że sprawą tą wogóle nieco bliżej się zająłem, badając dokładnie czy wysnute wnioski znajdą potwierdzenie w spostrzeganiu, statystyce i wynikach klinicznych. W tym też celu w 1446 przypadkach wyłyżeczkowań, przeprowadzonych z różnych przyczyn na oddziele nigdy nie przepłukiwaliśmy macicy, zwracając następowo szczególniejszą uwagę na przebieg chorobowy przypadku.

Poniższe zestawienie uwidacznia z jakich przyczyn wyłyżeczkowania dokonano i jakie uzyskano wyniki.

	Ilość	Gorączkujące	Niegorączkujące	Ciepłota spadła po zabiegu zaraz	Ciepłota spadła po zabiegu w jakiś czas	Zmarło
Wyłeżeczkow. ginek.	323	—	323	—	—	0
Przerwania ciąży	275	0	275	—	—	0
Poronienia	848	266	582	158	106	2

Jak z powyższego wynika na ogólną sumę 1446 przypadków wyłyżeczkowań, zaledwo w dwóch przyszło do zejścia śmiertelnego. Dotyczyły one chorych z poronieniem gorączkującem, przewlekłem u których na skutek pozostawienia resztek jaja i groź-

nych krwotoków musiano macicę opróżnić. Obie zgłosiły się na oddział z ciepłotami dochodzącemi do 40° C podając w wywiadach, że choroba trwa od dłuższego czasu. Przy badaniu przed wyłyżeczkowaniem nie stwierdzono u nich żadnych zmian zapalnych w przydatkach. Zmarły jedna w sześć, druga w osiem tygodni po zabiegu, jak sekcja wykazała na zakażenie ogólne. Wliczone one są do grupy gorączkujących przypadków, których liczba wynosi 266. Obejmuje ona chore z poronieniami gorączkującemi u których wykonano wyłyżeczkowanie przy mniej lub więcej podniesionej ogólnej ciepłocie ciała. W 158-miu przypadkach ciepłota ta spadła bezpowrotnie do normy natychmiast po zabiegu, w 106-ciu zaś ustąpiła dopiero z biegiem czasu. W żadnym z przypadków niegorączkujących, których liczba wynosiła ogółem 1180 nie zauważono po wyłyżeczkowaniu, pomimo pominięcia przepłukiwania macicy, nawet przejściowego jednorazowego podniesienia ciepłoty, bez względu na to czy były to wyłyżeczkowania dokonane z przyczyn ginekologicznych (liczba ich wynosi 323), czy przerwania ciąży (liczba ich wynosi 275), czy też poronienia (liczba ich wynosi 582).

Wyniki powyższe, jak to łatwo stwierdzić nie odbiegają wcale od wyników klinicystów, którzy przepłukują macicę w każdym wypadku po wyłyżeczkowaniu i upoważniają do wniosku, że przepłukiwanie macicy jest zabiegiem, który zupełnie śmiało, bez jakiejkolwiek szkody dla chorej możemy po wyłyżeczkowaniu zaniechać i to bez względu na to, czy mamy do czynienia z przypadkiem czystym, czy też zakażonym. Ogólnie zaś rzecz biorąc, jest to zabieg którym, jak z przytoczonych wywodów wynika, raczej więcej szkody niż korzyści przyczynić możemy i na skutek tego nie jest on też polecenia godnym.

Wnioski wysnute z moich badań i rozumowań, które powyżej omawiam, nie mogą być dla lekarza praktyka obojętne i przypuszczam, że wzbudzą one zainteresowanie ogółu, chociażby z tych względów, że przepłukiwanie macicy w każdym wypadku po wyłyżeczkowaniu jest u nas w powszechnem użyciu i że nie zawsze ocenia się krytycznie, w jakim właściwie celu zabieg ten się wykonuje, czy ma on wogóle teoretyczne lub praktyczne uzasadnienie i czy wyniki jego tłumaczą dostatecznie tak szerokie zastosowanie. Zdaję sobie jednak także zupełnie dobrze sprawę z tego, że wnioski te spotkają się i z pewną nieufnością zwłaszcza ze strony kolegów, którzy przez dłuższy przeciąg czasu nauczyli się stale i zawsze po każdem wyłyżeczkowaniu przepłukiwać macicę; lecz sądzę, że z jednej strony powyższe teoretyczne wywody a z drugiej strony duże doświadczenie kliniczne, oparte, jak z przytoczonego zestawienia widać na setkach przypadków wyłyżeczkowań, dokonanych z różnych przyczyn i w różnych warunkach przemówi do ich przekonania i skłoni do zaniechania posługiwania się przepłukiwaniem macicy, jako zabiegiem końcowym w każdym bezwzględnie przypadku wyłyżeczkowania.

Dr. Stanisław CHRZĄSZCZEWSKI, asyst. chemji lek. Lwów.
Dr. Stanisław LIEBHART, asyst. kliniki poł.-gin.

Problem leczenia upławów a stężenie jonów wodorowych pochwy.

Z Instytutu chemji lekarskiej Uniwersytetu J. K. we Lwowie
Dyrektor: Prof. Dr. J. K. Parnas.
Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. J. K. we Lwowie
Dyrektor: Prof. Dr. K. Bocheński.

I.

Problem upławów rozpatrywany ze stanowiska ściśle teoretycznego, a więc fizykalno-chemicznego, bakterjologicznego lub nawet hormonalnego jest działem ginekologji bardzo młodym, stawiającym do niedawna pierwsze kroki. Nie wdając się w roztrząsanie historji rozwoju tych badań, zaznaczyć musimy, że rozstrzygające dla tej kwestji znaczenie miały z jednej strony badania Mengego i Döderleina, zwłaszcza tego ostatniego, który dokładnie poznał i opisał normalną florę pochwy — z drugiej strony Zweifla, który pierwszy stwierdził kwaśne oddziaływanie wydzieliny pochwy.

Po poznaniu jakości flory i bio-chemizmu pochwy problem leczenia upławów zyskał odrazu szerokie teoretyczne podstawy.

Jako przyczyny upławów nieswoistych pochwy mogą wchodzić w rachubę 3 czynniki wzajemnie od siebie zależne i wzajemnie na siebie wpływające, a to: stan ściany pochwy, flora i wreszcie stopień kwasoty wydzieliny pochwy (Jaschke). Trudność całego zagadnienia polega na stwierdzeniu, który z trzech wyżej wymienionych czynników jest w danym przypadku tą pierwotną przyczyną, wywołującą upławy. Wiadomem jest bowiem, że jakiekolwiek uszkodzenia ściany pochwy mogą usposabiać do zmiany flory i stopnia kwasoty w kierunku patologicznym. Jednak równie dobrze pierwotnie zmieniona flora pochwy może prowadzić do następowych uszkodzeń ściany pochwy i zmiany stopnia kwasoty. A wreszcie i sama kwasota wystarcza w zupełności do zmienienia podłoża i wywołania upławów.

Wychodząc z powyższych rozważań teoretycznych, oddawna już w klinice naszej badamy u chorych przed rozpoczęciem leczenia upławów jakość błony śluzowej pochwy, stopień czystości i stężenie jonów wodorowych (pH).

Technika pobierania przez nas wydzieliny pochwy do oznaczenia stężenia jonów wodorowych ulegała w miarę doświadczeń pewnym modyfikacjom. Zaczęliśmy pobierać wydzielinę drogą przepłukiwania pochwy w wziernikach mlecznych wodą destylowaną.

Celem izolowania wydzieliny szyjki macicy, mającej jak wiadomo, oddziaływanie alkaliczne (pH = 8), wyjmowaliśmy ostrożnie czop śluzowy z szyjki, nadto osłanialiśmy ujście zewnętrzne części pochwowej wazeliną. Dla kontroli pobieraliśmy zawsze u tych samych chorych wydzielinę przy pomocy łyżeczki srebrnej metodą Zwolińskiego, nieco przez nas zmodyfikowaną. Modyfikacja polega na tem, że spłukiwaliśmy przy pomocy strzykawki treść z łyżeczki wodą destylowaną i w ten sposób odrazu mieszaliśmy i rozcieńczaliśmy pobraną wydzielinę.

Nadto rozcieńczaliśmy wydzielinę tylko 5-cio krotnie. Porównanie tych dwu metod wyszło, jak wskazuje załączona tablica, na korzyść tej ostatniej.

Wartość pH w treści pochwy uzyskanej przez:

przyp.	spłukanie	pobranie łyżką	różnica
1.	6,10	5,80	0,30
2.	6,00	5,00	1,00
3.	6,37	5.80	0,57
4.	6,00	5,70	0,30
5.	6,25	5,80	0,45
6.	6,79	6.10	0,69
7.	6,09	5,75	0,34
8.	6.30	5,80	0,50
9.	6,00	5,70	0,30
10.	5,80	5,65	0,15

Różnice w stężeniach wydzielin, pobranych przy pomocy opisanych obu metod wahały się od pH = 0,15 nawet do 1,0. Stąd wniosek, że pomimo wszelkich ostrożności wydzielina szyjki dostawała się przecież do pochwy czy to tuż przed osłonięciem ujścia zewnętrznego, czy to podczas wyjmowania czopa śluzowego, czy też wreszcie wskutek niekompletnego osłonięcia i opłukania silnym prądem wody i w ten sposób alkalizowała wydzielinę pochwy.

Pobraną i rozcieńczoną już treść sączono i w tak uzyskanym wodojasnym przesączu oznaczano stężenie jonów wodorowych metodą indykatorową, a później elektrometrycznie zapomocą elektrody chinhydronowej według Mozołowskiego i Parnasa[1]).

Do oznaczania brano trzy cm^3 przesączu, wysycano go chinhydronem, wlewano do eletrod złotych połączonych ze sobą łącznikiem agarowym z chlorkiem potasu, mierzono siłę eletrometryczną wytworzoną pomiędzy płynem badanym a kwasem solnym n/100 z dodatkiem chlorku potasu, którego wskaźnik wodorowy równał się 2,04.

Stężenie jonów wodorowych wyliczano ze wzoru $pH = 2{,}04 + E/0{,}0575$, w którym E oznacza siłę elektrobodźczą, zaś 0,0575 reprezentuje stałą Nernsta[2]). Metoda ta nadaje się specjalnie dobrze do tego rodzaju pomiarów z powodów następujących:

a) użycie elektrod Mozołowskiego i Parnasa wymaga bardzo drobnych ilości płynu, co jest rzeczą specjalnie korzystną ze względu na skąpą ilość uzyskanego materjału.

b) jako metoda elektrometryczna pozwala oznaczać stężenie jonów wodorowych z dokładnością drugiego miejsca dziesiętnego.

c) specjalnie dobrze nadaje się do pomiarów serjowych.

d) jest metodą najbardziej objektywną.

---

[1]) Biochemische Zeitschrift 26. I. 169. Zuz. 4/6.

[2]) N. Clark The determinations of Hydrogen. Jons — Baltimore, wyd. III. 1928.

Zaznaczyć należy, że szereg pomiarów wykonywaliśmy równocześnie obiema metodami a różnice jakie pomiędzy oznaczeniami występowały, dają się tylko odnieść do precyzji samej metody — jednak zasadniczo nie różniły się między sobą.

II.

Wiadomem jest, że u dziewic i u kobiet zupełnie zdrowych znajdujemy przeważnie I lub II stopień czystości pochwy, a w związku z nim wysoki stopień kwasoty wydzieliny pochwowej, wahający się w granicach od pH 4—5; nadto, że wyrazicielem normalnej flory pochwowej jest splotowiec Döderleina, który żyje i rozwija się w otoczeniu kwaśnem (tolerancja na kwasy do pH 3,6), że drobnoustrój ten wytwarza dla siebie odpowiednie warunki z podłoża przez przerabianie glikogenu, zawartego w ścianie pochwy na kwas mlekowy i że wreszcie drobnoustroje patogenne rozwijają się swobodnie w wydzielinie pochwy o wskaźniku wodorowym powyżej pH 5,5, a giną w wydzielinie o wskaźniku wodorowym poniżej pH 4,5.

Wychodząc z założenia, że normalne ustosunkowanie się flory pochwy zależy przedewszystkiem od jej podłoża i że podłoże to jest funkcją czynników fizyko-chemicznych, uważaliśmy za rzecz prawdopodobną, że w ślad za uzyskaniem zmiany podłoża nastąpi zmiana flory bakteryjnej i że w ogólności nastąpią warunki pod względem fizyko-chemicznym, biologicznym i klinicznym normalne. Naprawienie podłoża z punktu widzenia fizyko-chemicznego udać się może wtedy, gdy pochwę podda się działaniu związków chemicznych takich samych, o takiem stężeniu cząsteczkowem i o takiem stężeniu jonów wodorowych, jakie występują w pochwie zdrowej. Chodziło o to, by warunki te utrzymywać możliwie stale i niezmiennie. Leczenie dawniejsze roztworami kwasu mlekowego uwzględniało tylko dwa pierwsze warunki t. j.: istotę samego związku chemicznego oraz ewentualnie jego stężenie cząsteczkowe. Wobec tego należało złożyć układ, w którymby stężenie jonów wodorowych było stałe i nie zmieniało się pod wpływem dodania do tego układu czynników kwaśnych, czy też zasadowych, które właśnie grają rolę w patologji upławów. Tego rodzaju układy moderatowe składają się z kwasu słabego (n. p. kwasu węglowego, octowego lub też mlekowego) oraz jego soli. Dodanie do takiego układu kwasu lub zasady nie zmieni stężenia jonów wodorowych, tak jakby je zmieniło dodanie ich do czystej wody, lecz w stopniu niepomiernie mniejszym. Jeżeli do jednego litra roztworu, zawierającego 1 — molarne $Na\ H_2\ PO_4$ i $Na_2\ HPO_4$ w stosunku 1 : 1 dodamy pół mola HCl, to stężenie jonów wodorowych wzrośnie w tym płynie z $CH = 2 \times 10^{-7}$ do $CH = 6 \times 10^{-7}$, a więc 3-krotnie; dodanie zaś tego pół mola HCl do 1 litra wody destylowanej przesunie stężenie jonów wodorowych płynu z $CH = 10^{-7}$ do $CH = 5 \times 10^{-1}$, a więc 5 miljonów razy! Analogicznie dodanie 1 cm^3 0,01 N wodorotlenku do 1 litra wody destylowanej obniży stężenie jonów wodorowych z $CH = 10^{-7}$ do $CH = 10^{-9}$ natomiast ta sama ilość zasady dodana do litra roztworu, zawierającego fosforan sodowy pierwszo- i drugo- rzędowy w stosunku 1 : 2 o $CH = 4{,}4 \times 10^{-8}$ spowoduje obniżenie tylko do $4{,}33 \times 10^{-8}$, a więc minimalnie.

Wychodząc z powyższych założeń teoretycznych, sporządził jeden z nas (Chrząszczewski) wspólnie z Dr. Mozołowskim, adjunktem zakładu chemji lekarskiej U. J. K., moderator o wskaźniku wodorowym = 4, co przedstawia najwyższe stężenie jonów wodorowych w pochwie na podstawie zgodnych wyników badań Jaschkego, Gänsslego, Zwolińskiego i naszych. Moderator złożono z kwasu mlekowego i mleczanu — sodowego jako fizjologicznych składników pochwy w stosunku, określonym t. zw. równaniem Hendersona:

$$pH = pK + \log \frac{\text{stężenie kwasu mlekowego}}{\text{stężenie mleczanu sodowego}},$$

gdzie pK oznacza stałą dyssocjacji kwasu mlekowego, wynoszącą dla 25° C $1{,}38 \times 10^{-4}$. Pozatem w skład preparatu wchodzi barwik z grupy barwików Clarka i Lubsa t. zw. błękit bromo-fenolowy (czwórbromofenolsulfoftaleina), którego obecność jest sprawdzianem dokładnego sporządzania preparatu i właściwego stężenia jonów wodorowych. Zmiana zaś tego barwika ze stalowo-szarego w rozcieńczeniach większych, czerwonego w płynach bardziej stężonych (przy oddziaływaniu pH = 4) w kolor niebieski lub intensywnie niebieski pozwala lekarzowi-praktykowi z grubsza ocenić stopień kwasoty pochwy. O nieszkodliwości zaś tego związku świadczy fakt, że używa się go do badania czynnościowego nerek. Preparat ten w formie roztworu stężonego i gałek pochwowych jest wyrabiany przez firmę: Zakłady chemiczne Laokoon S. A. Lwów, pod nazwą „Acigen". Zakłady chemiczne Ch. Boeringer (Ingelheim) wyrabiają preparat moderatowy w płynie i w pastylkach o pH = 3,7 pod nazwą Normolactol. Inicjatywę do sporządzenia tego preparatu dali H. Naujoks i B. Behrens[1]). Preparat ten różni się od Acigenu: a) wyższem stężeniem jonów wodorowych, b) obecnością niefizjologicznego dla pochwy jonu wapniowego (mleczan wapniowy w pastylkach normolactolu), c) brakiem błękitu bromo-fenolowego, pozwalającego kontrolować odpowiednie sporządzenie preparatu i postęp leczniczy, d) formą handlową.

Uważamy za specjalnie dodatnie działanie Acigenu w formie gałek pochwowych, sporządzonych na żelatynie, których powolne rozpuszczanie pozwala na długie działanie preparatu.

III.

Leczenie upławów przy pomocy opisanego preparatu wykonywaliśmy następująco: w wziernikach mlecznych nastawialiśmy część pochwową, poczem po dokładnem wysuszeniu pochwy wacikami stosowaliśmy przez 5 minut kąpiel przy pomocy 10-cio krotnie rozcieńczonego Acigenu. Po odlaniu płynu zakładaliśmy gałkę, zawierającą 3 gr stężonego preparatu i przytrzymywaliśmy tamponami. Tampony wyjmowały leczone na drugi dzień rano. U chorych, które z jakichkolwiek względów nie mogły poddać się leczeniu ambulatoryjnemu, zalecaliśmy zakładanie gałek pochwowych na noc przed układaniem się do snu, by w ten sposób uniknąć uciążliwego dla pacjentki zakładania tamponów. Na drugi dzień rano polecaliśmy przepłukiwanie pochwy płynem rozcieńczonym.

Przed rozpoczęciem leczenia badano dokładnie stopień czystości i stężenie jonów wodorowych wydzieliny pochwy. Nadto dla kontroli czyniliśmy to samo w odstępach mniej więcej tygodniowych w czasie całego leczenia. Leczenie całe trwało przeciętnie 2 tygodnie, a tylko w kilku bardziej opornych przypadkach przeciągnęło się do czterech tygodni.

Już w pierwszych dniach leczenia chore zwracały uwagę na znaczne zmniejszenie się upławów — w pewnej liczbie przypadków nawet ich zniknięcie. W większości przypadków upławy w kilka dni po rozpoczęciu leczenia ze śmietanowatych, ropnych przechodziły w serowate, grudkowate, co już było zapowiedzią postępu leczniczego. W czasie badań kontrolnych stwierdzić mogliśmy zasadniczo, że równolegle z poprawą stopnia czystości poprawiał się również i stopień kwasoty pochwy. Poprawa ta uwidoczniała się w zmianie stopnia czystości z IV-tego na II-gi a nawet I-szy i w zmianie wskaźnika wodorowego w gramach z 6,8 na 4,95. Równocześnie ustępowały upławy. Dla ilustracji pozwolimy sobie przytoczyć kilka bardziej charakterystycznych przypadków, wyjętych z protokołów leczonych chorych:

Przypadek I. Chora K. J. zgłasza się z powodu upławów. 26 stycznia upławy ropne o zabarwieniu żółtem, stopień czystości III-ci pH = 6,4.

Zastosowano leczenie opisaną metodą.

29 stycznia chora podaje, że upławy zmniejszyły się znacznie. Badanie kontrolne: stopień czystości II-gi pH = 5,8.

10 lutego, a więc po 2 tygodniach, stopień czystości I-szy pH = 4,95, upławy ustąpiły zupełnie.

Przypadek II. Chora B. M., zgłasza się z powodu bardzo obfitych upławów trwających już czas dłuższy.

Stan 28 grudnia: błona śluzowa pochwy zaczerwieniona, upławy konsystencji śmietanowatej, bardzo obfite, na części pochwowej nadżerka niewielkich rozmiarów, stopień czystości IV-ty pH = 6,2.

Zastosowano kombinowane leczenie opisanym preparatem i kąpiele z *argentum nitricum* (ze względu na nadżerkę).

3 stycznia: upławy mniejsze, stopień czystości IV-ty pH = 6,0.

10 stycznia: stopień czystości III. pH = 5,6.

15 stycznia: stopień czystości II. pH = 5, upławy ustąpiły zupełnie. Nadżerka wygojona.

Przypadek III. dotyczy chorej E. R., którą zaliczamy do przypadków najbardziej opornych na leczenie. Zgłosiła się na klinikę z powodu dużych upławów, skarży się na pieczenie i świąd sromu.

1 stycznia: obfite ropne upławy. Błona śluzowa pochwy mocno zaczerwieniona. Stopień czystości IV-ty pH = 6,17.

10 stycznia: nieznaczne zmniejszenie upławów, stopień czystości i wskaźnik wodorowy bez zmian.

[1]) Zentralblatt f. Gyn. 1926, Nr. 3.

18 stycznia: upławy znacznie mniejsze, stopień czystości III pH = 5,75.

1 lutego: stopień czystości II-gi pH = 5,3.

4 lutego: upławy znikły zupełnie, stopień czystości II-gi pH = 5.

Chora jako wyleczona opuściła klinikę.

Przypadek IV. Chora W. A. zgłasza się z bardzo obfitemi upławami leczonemi bez skutku przez 5 lat.

18 lutego: upławy obfite, ropne, na części pochwowej nadżerka. Stopień czystości IV pH = 6,82. Kombinowane leczenie pastą granugenową i acigenem.

15 lutego: stopień czystości III-ci pH = 6,1.

20 lutego: upławy mniejsze, wskaźnik wodorowy i stopień czystości bez zmian.

23 lutego: stopień czystości bez zmiany pH = 5,8.

26 lutego: stopień czystości II-gi pH = 5,41, upławów brak.

Przypadek V. Chora Ch. przyjęta do leczenia upławów, na które cierpi od 4 lat.

Stan 6 lutego: obfite, gęste, śmietankowe upławy, stopień czystości IV pH = 6,08. Zastosowano leczenie metodą opisaną.

11 lutego: upławy mniejsze, III-ci stopień czystości pH = 5,8.

16 lutego: II-gi stopień czystości pH = 5,52, chora wyleczona zupełnie.

W ten sposób leczyliśmy przeszło 50 chorych. W przeważnej liczbie przypadków uderzającym był fakt, że równolegle z poprawą stopnia czystości i wskaźnika wodorowego ustępowały również i wreszcie znikały upławy. Jedynie w kilku przypadkach stwierdziliśmy rozbieżność między stopniem czystości a stopniem kwasoty z jednej strony jak i między nasileniem upławów a wspomnianemi wartościami.

Pierwszy stopień czystości obserwowaliśmy przy stężeniu jonów wodorowych poniżej pH = 5,0, pałeczki Döderleina zjawiały się w wydzielinie pochwy już przy stężeniu poniżej pH = 5,7.

Na podkreślenie zasługuje również fakt, że z zwiększeniem ilości ciałek ropnych w obrazie drobnowidowym, idzie w parze podwyższenie wskaźnika wodorowego.

Jasnem jest ,że dobór odpowiednich przypadków i ograniczenie wskazań do stosowania opisanego leczenia ma zasadnicze znaczenie dla wyników terapeutycznych. Za szczególnie nadające się do tego leczenie uważamy:

1) nieswoiste upławy pochwowe.

2) upławy połączone z niewielkiemi nadżerkami cz. pochwowej, w których to przypadkach kombinowane leczenie przyspieszało znacznie okres leczenia.

3) upławy pozostające w związku z przebytemi operacjami a najczęściej po nadpochwowem odcięciu macicy, t. zw. upławy kikutowe, w których leczenie „Acigenem" dawało wyniki zawsze dobre,

4) upławy pochodzenia hormonalnego, lub wynikłe z niedokrwistości specjalnie u młodych dziewcząt. Równoczesne leczenie ogólne skraca czas leczenia,

5) przypadki, w których zależy nam na czasowej przynajmniej poprawie flory pochwowej i stopnia czystości wydzieliny n. p. przed wykonaniem persuflacji lub utero-salpingo-grafji.

Wprzypadkach tych szybkie oczyszczanie pochwy oddaio nam bardzo cenne usługi.

Pozostałaby jeszcze do omówienia kwestja trwałości efektu leczniczego, uzyskanego naszą metodą. W przypadkach naszych nie stwierdziliśmy na razie nawrotów poza dwoma, w których tłem upławów były raczej zaburzenia natury hormonalnej i konstytucyjnej. Chorym tym polecaliśmy raz na tydzień, najwyżej dwa razy, zakładać gałki Acigenu na noc do pochwy celem podtrzymania tylko uzyskanego stopnia kwasoty.

Efekt tego postępowania, jak dotąd, jest zupełnie dobry.

Zdajemy sobie sprawę ,że leczenie powyższe nie jest uniwersalne i w pewnej grupie przypadków będzie ono tylko objawowem. Tyczy to zwłaszcza przypadków na tle hormonalnem, konstytucyjnem lub z niedostateczną ilością glykogenu w ścianie pochwy. Mimo to nie da się zaprzeczyć, że leczenie to uwzględniające pewne momenty etjologiczne natury fizyczno-chemicznej, dalekie jest od szablonu, jakiego do niedawna w leczeniu upławów się trzymano, a dalsze nasze badania w tym kierunku pozwolą nam może rozstrzygnąć, czy jesteśmy na dobrej drodze.

Piśmiennictwo.

Döderlein: Zbltt f. Gyn. 1890 s. 54. Tenże: Zbltt f. Gyn. 1894. Nr. 1. — v. Jaschke: Zbltt. f. Gyn. 1922. Nr. 49. — Tenże: Halban - Seitz. Tom III. — Tenże: Archiv. f. Gyn. 125, 1925 r. — Tenże: Klin. Wochen. Nr. 22. 1928 r. — B. Behrens i H. Naujoks: Zbtt. f. Gyn. 1926. Nr. 3. — Michaelis: Die Wasserstoffionenkonzentration. Berlin 1922. — Gänssle: Archiv. f. Gyn. t. 123. 1925 r. — Viederche: Archiv. f. Gyn. t. 119. z. 261. — Mozołowski i Parnas: Biochemische Zeitschr. 4/6. 1926. — Schröder: Zbltt. f. Gyn. 1921. Nr. 38 i 39. — Zweifel: Archiv. f. Gyn. 86. z. 564. — Zwoliński: Gyn. Polska, tom V, r. 1926.

Dr. Artur CHWALIBOGOWSKI. Lwów.

Leczenie krzywicy naświetlaną ergosteryną.

Z Kliniki Pedjatrycznej U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. Fr. Gröer.

Ciąg dalszy.

Równolegle z doświadczeniami na zwierzętach szły spostrzeżenia praktyczne w klinikach. Badania Vollmera, Falkenheima, Hottingera, György'ego i innych wykazały, że ergosteryna naświetlona daje w dawce dziennej 2—5 mg w ciągu 4—6 tygodni zupełne wyleczenie najcięższej krzywicy dziecięcej, nie powodując żadnych niepożądanych następstw ubocznych.

Zachęceni tak świetnymi wynikami postanowiliśmy skorzystać z uprzejmości firmy Merck, która przysłała nam bezinteresownie wyrabiany przez nią preparat Vigantol, i wypróbować działanie lecznicze naświetlanej ergosteryny na własnym materjale. Badania przeprowadziliśmy na 4-ch niemowlętach w klinice, oraz 12-tu w przychodni klinicznej. Przebieg i wynik leczenia stwierdzaliśmy u dzieci, leczonych w klinice, obserwacją kliniczną, badaniem roentgenologicznem kośćca oraz mikrochemicznem krwi. W przypadkach przychodnich zmuszeni byliśmy zadowolić się obserwacją objawów klinicznych i badaniem mikrochemicznem krwi. Materjał nasz obejmuje dzieci w wieku od 2 i pół do 18 miesięcy. Wybieraliśmy przypadki możliwie ciężkie, często powikłane grypą lub zaburzeniami w odżywianiu. Troje niemowląt wykazywało obok krzywicy objawy tężyczki jawnej, troje utajonej. Jedno niemowlę obok ciężkiej krzywicy wykazywało objawy anemji pseudoleukemicznej Jaksch - Hayema.

Celem możliwie dokładnej oceny wyników leczniczych polecaliśmy rozmyślnie wszystkim naszym niemowlętom pożywienie, składające się z mleka z cukrem oraz papki grysikowej z wyłączeniem soków owocowych i jarzyn. Dzieci leczone w klinice przebywały stale w swych salach, nie wynoszono ich na werandę i nie wystawiano na działanie słońca. W takich warunkach możliwość samoistnego leczenia się choroby była prawie wykluczoną, w każdym razie jaknajbardziej ograniczoną, zwłaszcza — gdy uwzględni się, że badania nasze przeprowadzaliśmy w miesiącach zimowych. W takich samych, a może mniej korzystnych warunkach pozostawały przypadki przychodniane, dotyczyły one bowiem prawie bez wyjątku dzieci ze sfer niższych, których abominacja w porze zimowej do świeżego powietrza i, co zatem idzie, słońca jest nam aż nadto dobrze znaną. Ze względu na odmienny sposób śledzenia przebiegu i wyniku leczenia rozpatrzymy oddzielnie przypadki kliniczne, oddzielnie zaś przypadki przychodniane.

Materjał kliniczny obejmuje 4 niemowląt w wieku $3^1/_2$ — 8 miesięcy.

1) Juljusz F., 6 mies., karmiony piersią — nieregularnie. Od półtora miesiąca pocenie się, tarcie główką, brak humoru. Przed dwoma dniami drgawki. Stan w dniu przyjęcia t. j. 11. XII. 1927: Waga 6,710 g. Dziecko nalane, leży bezwładnie, na dotknięcie reaguje żywo krzykiem i płaczem. Owłosienie na potylicy wytarte. Ciemię: 3 × 3 cm. Craniotabes. Różaniec, zgrubienia kostek, brózdy Harrinsona, żabi brzuch. Nie trzyma główki, Chwostek: +. Roentgen: Kości łokciowe i promieniowe silnie odwapnione, kontury niewyraźne, rysunek beleczek zatarty. Nasady kubkowato rozszerzone, brzeg ich dystalny panewkowato wklęśnięty, nierówny i postrzępiony. Brak jąder kostnienia kości nadgarstka. Krew: Ca: 9. 3 mg %; P: 3,8 mg %.

Pożywienie: 5 razy dziennie pierś, względnie ściągane mleko kobiece, 1 raz papka grysikowa. Leczenie: 2 razy dziennie po 5 kropli „Vigantol - öl" (4 mg ergosteryny pro die).

13. XII. Drgawki eklamptyczne. Leczenie: Chloralhydrat 0,5 w lawatywie.

16. XII. Nieznaczna poprawa w stanie ogólnym, dziecko nieco żywsze, mniej wrażliwsze na dotyk, znacznie mniej się poci, nie trze główką. Drgawek nie było. Chwostek: +. Krew: Ca 9,2 mg %, P: 3,7 mg %.

21. XII. Znaczna poprawa w stanie ogólnym. Dziecko podnosi główkę. Interesuje się otoczeniem, uśmiecha się. Wyraźne twardnienie potylicy. Chwostek: —, ciemię $2^1/_2 \times 2^1/_2$ cm. Krew: Ca 9,9 mg %; P 5,7 mg % Roentgen: brzeg nasady nieco wyraźniejszy. Tkanka kostna na granicy chrząstki nasadowej zagęszcza się.

31. XII. Dziecko żywe, wymachuje rączkami i nóżkami, próbuje unosić tułów. Potylica zupełnie twarda. Kościec klatki piersiowej mniej podatny, bruzdy Harrisona wyrównują się. Krew: Ca 10,3 mg %; P 5,9 mg %. Roentgen: Wszystkie kości silniej uwapnione, struktura wyraźniejsza. Panewkowa wklęsłość nasady wyrównuje się, a brzeg jej dzięki zgęszczeniu tkanki kostnej na granicy chrząstki znacznie wyraźniejszy.

10. I. Stan ogólny dobry. Różaniec i zgrubienie kostek cofają się, klatka piersiowa twarda, dziecko siedzi. Waży 7,310 g, przez cały czas leczenia stolce prawidłowe, łaknienie dobre. Krew: Ca 11,1 mg %; P 6,1 mg %. Roentgen: dalsza poprawa w stanie uwapnienia wszystkich kości. Zaznaczone jądro kości główkowatej.

2) Eugenjusz Ł., $3^1/_2$ miesiąca, karmiony wyłącznie piersią. Od dwu tygodni dziecko poci się, jest niespokojne i trze główką. Stan w dniu przyjęcia:

20. I. Waga 4,160. Dziecko leży bezwładnie, jest płaczliwe i krzykliwe. Żywo reaguje na dotknięcie. Craniotabes. Różaniec. Zgrubiałe kostki. Klatka piersiowa, podatna na ucisk, zapada się przy oddechach. Żabi brzuch. Chwostek: —. Ciepłota 37,8. Katar nosa. Zaczerwienienie gardła. Nad płucami rozsiane furczenia. Nad dolnemi płatami z tyłu ponadto drobnobańkowe rzężenia wilgotne. Krew: Ca 9,3; P 2,9. Roentgen: Ciężkie zmiany krzywicze. Kontury kości niewyraźne, struktura zatarta, nasady kubkowato rozszerzone, linje chrząstek nasadowych panewkowato wklęśnięte i postrzępione.

Odżywianie: 2 razy dziennie mleko kobiece, 3 razy mleko krowie z cukrem, 1 raz papka. Leczenie: 2 razy dziennie po jednej pastylce Vigantolu (4 mg pro die). Środek wykrztuśny, kąpiele z polewaniem.

26. I. Ciepłota 36,8. Objawy nieżytowe ustąpiły. Stolce przez 3 pierwsze dni wolne, z domieszką śluzu, zielonkawe. Obecnie prawidłowe. W stanie krzywicy żadna zmiana. Krew: Ca 9,4; P 2,9.

31. I. Poprawa w stanie ogólnym. Dziecko nie poci się, nie trze główką, zaczyna ją podnosić, jest nieco żywsze. Craniotabes cofa się. Krew: Ca 10,3; P 3,4. Roentgen: Bez zmiany.

6. II. Dziecko wykazuje znaczną poprawę w stanie ogólnym. Jest ożywione, unosi główkę coraz pewniej. Craniotabes ustąpił po prawej zupełnie, po lewej potylica jeszcze nieco podatna na ucisk. Ciemię:2×2. Klatka piersiowa twardsza, przy oddechach nie zapada się. Krew: Ca 10,7; P 4,3. Roentgen: zaznaczona poprawa. Kontury kości regularniejsze, struktura wyraźniejsza, brzeg nasady występuje wyraźniej dzięki zagęszczaniu się kości na granicy chrząstki nasadowej.

11. II. Dziecko ma się dobrze. Craniotabes ustąpił zupełnie. Krew: Ca 10,4; P 4,8.

16. II. Stan ogólny dobry. Różaniec i kostki cofają się. Dziecko ożywione, wymachuje rączkami i nogami. Krew: Ca 10,4; P 5,4. Roentgen: Bez większych zmian w porównaniu ze zdjęciem ostatniem.

21. II. Dziecko ma się dobrze. Stolce przez cały czas prawidłowe, łaknienie dobre. Waży 4,750 gr. Krew: Ca 10,9; P 6,2. Roentgen: Wszystkie kości wykazują wyraźną poprawę w stanie uwapnienia. Panewkowate wklęsłości nasad wyrównują się, brzegi ich dystalne występują wyraźnie.

3) Adam R., $4^1/_2$ miesiaca. Przez miesiąc karmiony piersią, następnie, oddany na garnuszek, karmiony był mlekiem krowiem i ziemniakami. Od miesiąca poci się, krzyczy, trze główką. Od trzech dni gorączka, katar nosa, wymioty i biegunka. Stan w dniu przyjęcia:

2. II. Waga 4,770. Skóra wiotka. Wyprzanie. Katar nosa. Zaczerwienienie i rozpulchnienie gardła. Ciepłota 37,6. Dziecko drażliwe i krzykliwe, poci się. Ciemię 4×4. Craniotabes. Różaniec. Zgrubiałe kostki. Krew: Ca 10,1; P 3,1. Chwostek: —. Roentgen: Kości przedramion o niewyraźnych konturach i zatartej strukturze. Wyraźnie odwapnione nasady są zniekształcone kubkowato, a brzegi ich panewkowato wklęśnięte i nieregularne.

Pożywienie: mleko z cukrem, papka grysikowa. Leczenie: „Vigantol — öl" 2 razy dziennie po 5 kropli.

7. II. Dziecko ciągle jeszcze wrażliwe na dotknięcie, krzykliwe, poci się i trze główką. Stolce przez cały czas dyspeptyczne. Waga 3,690. Od trzech dni dziecko dostaje mleko z kleikiem ryżowym i laktonem. Krew: Ca 10,2; P 2,9. Roentgen: Bez zmiany.

10. II. Wobec utrzymujących się objawów dyspeptycznych polecono mleko białkowe. „Vigantol - öl" stosujemy bez przerwy.

16. II. Stolce lepsze. Waga 3,730.

20. II. Waga 3,880. Stolce prawidłowe. Poprawa w stanie ogólnym. Dziecko mniej drażliwe. Poci się i trze główką znacznie mniej. Craniotabes bez zmiany. Ciemię 4×4. Krew: Ca 10,3; P 3,6. Roentgen: Bez zmiany.

27. II. Znaczna poprawa w stanie ogólnym. Wrażliwość na dotyk i poty ustąpiły, dziecko zaczyna unosić główkę. Potylica twardnieje. Stolce prawidłowe. Waga ciała 4,120. Krew: Ca 10,2; P 4,3. Roentgen: Zaznaczona poprawa w stanie uwapnienia kośćca, kontury wyraźniejsze, struktura obfitsza.

10. III. Stan ogólny dobry. Dziecko trzyma główkę pewniej. Zaczyna się uśmiechać. Potylica prawie w całości uwapniona. Waga 4,390. Krew: Ca 10,4; P 5,1. Roentgen: Dalsza nieznaczna poprawa w stanie uwapnienia kości.

20. III. Dziecko ma się dobrze. Potylica twarda. Klatka piersiowa niepodatna. Waga 4,390. Krew: Ca 10,4; P 6. Roentgen: Wyraźna poprawa w stanie uwapnienia kości. Kubkowate zniekształcenia nasad cofają się, brzegi dystalne są wyraźniejsze.

4) Franciszek M., 8 miesięcy. Ojciec zmarł przed dwoma tygodniami na gruźlicę płuc. Karmiony przez 5 miesięcy piersią, następnie mlekiem krowiem oraz bułeczką. Od czwartego tygodnia życia wyprysk na twarzy i tułowiu, od dwu tygodni gorączka i kaszel. Stolce zmienne, często wolne. czasem zielone. Stan w dniu przyjęcia:

13. III. Waga 6,510. Dziecko miernie odżywione. Skóra blada i wiotka. Na głowie, tułowiu i kończynach wyprysk sączącostrupkowy. Dziecko niespokojne. W okolicy wnęk szmery chuchające. Ciemię: $2^1/_2 \times 2^1/_2$. Wybitny różaniec i zgrubienie kostek, żabi brzuch, przepuklina pępkowa. Dziecko unosi główkę niepewnie, nie siedzi. Poci się. Chwostek: —. Krew: Ca 11,6; P 3,1. Pirquet: +. Roentgen: Cienie wnękowe obustronnie rozszerzone, miękkie; wśród nich powiększone gruczoły chłonne. Zdjęcie stawów nadgarstkowych: Kości silnie odwapnione. Nasady kubkowato rozszerzone, o brzegach dystalnych wklęsłych i postrzępionych. Brak jąder kości nadgarstka.

Pożywienie: mleko krowie z cukrem i papka grysikowa. Leczenie: „Vigantol - öl" 2 razy dziennie po 5 kropli.

23. III. Poprawa w stanie ogólnym, dziecko spokojniejsze. Unosi główkę dobrze. Nie poci się. Poprawa w stanie wyprysku. Kaszel ustąpił. Ciepłota od dwu dni normalna. Łaknienie średnie. Stolce prawidłowe. Waga ciała 6,630. Krew: Ca 11,5; P 4,9. Roentgen: Bez zmiany.

3. IV. Dziecko spokojne, uśmiecha się próbuje siadać. Wyprysk utrzymuje się. Łaknienie nieco lepsze. Waga 6,690. Stolce prawidłowe. Krew: Ca 11,5; P 4,9. Roentgen: Nieznaczna poprawa w stanie uwapnienia. Struktura kości nieco wyraźniejsza.

13. IV. Dziecko ma się dobrze. Siedzi dobrze. Nie gorączkuje, nie kaszle. Dwa ząbki sieczne dolne. Wyprysk utrzymuje się. Krew: Ca 12,5; P 5,6. Roentgen: Dalsza poprawa w stanie uwapnienia, struktura kości obfitsza, końce dystalne o konturach wyraźniejszych, silniej wysycone.

23. IV. Stan ogólny dobry. Łaknienie dobre. Stolce prawidłowe. Waga ciała 7,050 g. Krew: Ca 12,3; P 6,1. Roentgen: Wyraźna poprawa. Kontury kości ostre. Struktura wcale obfita. Widoczne jądro kości główkowatej i haczykowatej. — Mocz, badany co kilka dni, nigdy nie zawierał składników patologicznych.

Z 12 dzieci leczonych ambulatoryjnie na specjalne omówienie zasługuje:

Marek S., $9^1/_2$ miesięcy. Karmiony przez 6 miesięcy wyłącznie piersią, od 7 dokarmiany mlekiem krowiem. W ostatnim miesiącu nie przybywa na wadze. Bez humoru, ospały, blady. Łatwo zapada na katar i kaszel, od dwu dni gorączkuje. Stan w dniu 3. II.: Waga 6,380. Zwraca uwagę bladość skóry i błon śluzowych oraz duży brzuch. Dziecko leży bezwładnie, prawie nie podnosi głowy. Ciemię $4^1/_2 \times 5$. Głowa kwadratowa, klatka piersiowa kurza, różaniec i kostki wybitnie zgrubiałe. Brak zębów. Katar nosa, gardła i oskrzeli. Brzuch duży, rozlewający się na boki. Wątroba, o brzegu twardym, występuje na $2^1/_2$ palca niżej łuku. Śledziona również twarda, wrębowata, 5 palców niżej łuku. Chwostek: —. Pirquet: —. Wassermann: —. Badanie krwi: Hb 44%, c. czerw. 3,200.000. Anizocytoza, poikylocytoza. polichromatofilja, ciałka czerwone jądrzaste. Ciałek białych 12.800. Myelocytów 3%. Promyelocytów $3^1/_2$%. Leukocytów neutrochłonnych młodych 6%, pałeczkowatych 9%, segmentowanych 25%. Eozynochłonnych $3^1/_2$%. Plazmatycznych $1^1/_2$%. Monocytów 9%. Limfocytów $39^1/_2$%. — Ca: 12,2 mg %; P 3,6 mg %. Roentgen:

Wiek	Stan przed leczeniem		Czas i sposób leczenia	Stan po leczeniu	
	Stan kliniczny	P. krwi w mg. %		Stan kliniczny	P. krwi w mg. %
1. Henryk P. 6 mies.	Waga 7.540 g. Ciężka krzywica. Objawy tężyczki jawnej.	3.8	5 tygodni Vigantolöl 2×× dziennie po 5 kropli	Waga 7.980 g. Kościec twardy, Drgawki od 6. dnia leczenia ustąpiły.	6.9
2. Regina B. 9 mies.	Waga 8.050 g. Różaniec i kostki. Laryngospasmus. Nie siedzi.	3.6	5 tygodni jak wyżej	Waga 8.680 g. Dziecko siedzi. 2 zęby sieczne dolne. Objawy tężyczki ustąpiły po 8 dniach leczenia.	6.8
3. Benjamin S. 3 mies. (wcześniak)	Waga 2.890 g. Rozległy craniotabes. Grypa.	2.2	4 tygodnie jak wyżej	Waga 3.550 g. Potylica twarda. Dziecko podnosi główkę.	5.9
4. Stanisław P. $5^1/_2$ mies.	Waga 4.750 g. Ciężka krzywica. Chwostek:+ Katar oskrzeli.	2.6	5 tygodni Vigantoldragees (a 4 mg ergosteryny) 1 × dziennie 1 drażetka	Waga 5.490 g. Kościec twardy. Dziecko zaczyna siadać. Chwostek: — (od 15. dnia leczenia).	5.8
5. Józef K. 18 mies.	Waga 8.100 g. Głowa kwadratowa. Różaniec i zgrubiałe kostki. Macalna śledziona. Siedzi niepewnie. Wygięcie kręgosłupa.	3.4	$5^1/_2$ tygodni jak wyżej	Waga 9.450 g. Kościec twardy. Dziecko siedzi dobrze. Zaczyna chodzić. Śledziona niemacalna.	6.4
6. Zofja L. 9 mies.	Waga 6.200 g. Bardzo ciężka krzywica. Bronchopneumonia. Dyspepsia parenteralis.	3.1	$6^1/_2$ tygodni Vigantolöl w pastylkach (à 2 mg ergosteryny) 2× dziennie po 1 pastylce	Waga 6.920 g. Kościec twardy. Narząd oddechowy bez zmian. Dziecko siedzi dobrze.	6.—
7. Izak O. 3 mies. (wcześniak bliźniak)	Waga 3.150 g. Craniotabes. Różaniec i kostki. Bronchiolitis.	2.9	5 tygodni jak wyżej	Waga 3.620 g. Kościec twardy. Dziecko podnosi główkę. Płuca bez zmian.	6.3
8. Regina O. 3 mies. (wcześniak bliźniak)	Waga 2.910 g. Craniotabes Nasopharyngitis. Dyspepsia parenteralis.	2.6	7 tygodni jak wyżej	Waga 3.580 g. Kościec twardy. Dziecko ma się dobrze.	5.9
9. Sabina M. 6 mies.	Waga 7.900 g. Różaniec i kostki. Chwostek : + Nie podnosi głowy.	3.2	$5^1/_2$ tygodni Vigantolöl 2× dziennie po 5 kropli	Waga 8.340 g. Kościec twardy. Dziecko podnosi główkę. Próbuje siadać. Chwostek: — (od 13. dnia leczenia).	6.1
10. Ozjasz R. 9 mies.	Waga 9.050 g. Głowa kwadratowa. Różaniec i kostki zgrubiałe. Główkę unosi z trudem. Śledziona macalna. Pirquet: +	3.4	6 tygodni jak wyżej	Waga 9.620 g. Dziecko siedzi i próbuje chodzić. Śledziona nienamacalna.	5.8
11. Piotr Z. 7 mies.	Waga 6.830 g. Ciężka krzywica. Rozległy craniotabes. Różaniec i kostki. Bronchopneumonia ambilateralis.	2.7	$5^1/_2$ tygodni jak wyżej	Waga 7.210 g. Kościec twardy. Narząd oddechowy bez zmian. Dziecko zaczyna siadać.	6.4

Wyraźne odwapnienie wszystkich kości. Kontury niewyraźne, struktura zatarta. Dystalne końce nasad wklęśnięte, brzegi postrzępione. Jąder kostnienia w nadgarstku brak.

Ponieważ rodzice nie chcieli oddać dziecka na klinikę, uregulowano odżywianie dziecka (pierś, papka grysikowa), oraz polecono „Vigantol-öl" (2 razy dziennie po 5 kropli), oraz ferr. reduct. (0,20 3 razy dziennie). Rodzicom polecono zgłosić dziecko do kontroli po sześciu tygodniach (dziecko z prowincji).

19. III. Badanie kontrolne: Waga 7,200. Dziecko uśmiechnięte, siedzi dobrze. Cera wcale dobra. Ciemię $3^1/_2 \times 3$. Potylica twarda. Cztery ząbki. Narząd oddechowy bez zmian. Wątroba 1 palec, śledziona 3 palce niżej łuku, macalne. Na powtórne badanie krwi rodzice nie godzą się, utrzymując, że dziecko jest już zdrowe. Mimo przyrzeczenia, nie zgłosili się już więcej z dzieckiem, donieśli jednak po miesiącu listownie, że dziecko ma się dobrze.

O wyniku leczenia pozostałych 11 dzieci orjentuje nas powyższa tablica.

Licząc się z trudnościami w nabywaniu Vigantolu, jako środka zagranicznego, z radością przyjęliśmy do wiadomości w jesieni 1928 r. pismo S-ki Akc. „Ludwik Spiess & Syn", donoszące, że

próby przygotowania czynnego preparatu ergosteryny, podjęte przez powyższą wytwórnię bezzwłocznie po ogłoszeniu pierwszych danych Windausa, uwieńczone zostały całkowitem powodzeniem.

Dok. nast.

I. HESCHELES. Lwów.

Walka z kiłą wrodzoną.

Z Kliniki Pedjatrycznej U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. Fr. Gröer.

Dokończenie.

Kryterja wyników leczenia.

I. Zachowanie się odczynów serologicznych Was. i Meinickego.

Od trzech lat kontrolę krwi przeprowadzamy u naszych pacjentów zarówno przy pomocy odczynu Wassermanna, jak również odczynu Meinickego. Oba odczyny wykonujemy w każdym wypadku równolegle obok siebie. Wyniki tych podwójnie przeprowadzanych badań serologicznych okazały się ściślejsze i znaczniej celowe dla oceny wpływu leczenia, aniżeli wyniki badania jednym tylko sposobem Wassermanna. Odczyn kłaczkowaty Meinickego jest, jak się okazało, znacznie czulszy aniżeli odczyn Wassermanna tak, iż obecnie uważamy go za ważniejsze kryterjum wyników leczenia, a wynik naszych zabiegów leczniczych oceniamy tylko wtedy jako pomyślny, gdy zarówno odczyn Wassermanna jak i odczyn Meinickego zachowują się trwale ujemnie. Dla ściślejszego porównania i oceny wyników badań serologicznych metodą Wassermanna i Meinickego podzieliliśmy nasz materjał na dwie główne grupy: a) grupa przypadków kiły wrodzonej wczesnej i b) grupa przypadków kiły wrodzonej nawrotowej i późnej. *(Lues cong. recid. i lues tarda).*

Rozporządzając materjałem około 800 badań porównawczych odczynów Wassermanna i Meinickego otrzymaliśmy następujące wyniki: w pierwszej głównej grupie (kiła wczesna) zaznacza się lekka przewaga czułości odczynu Meinickego nad odczynem Wassermanna mniej więcej w 7% badań serologicznych. Wybitniej występuje ta przewaga dopiero w drugiej grupie głównej t. j. w grupie form późniejszych kiły wrodzonej z jawnymi lub utajonymi objawami klinicznymi. Tu już zaznacza się przewaga czułości odczynu Meinickego w okresie przed rozpoczęciem leczenia przy 85% zgodności obu odczynów. W ciągu zaś leczenia zgodność obu wyników szybko maleje na korzyść odczynu Meinickego, który w toku leczenia w 42½% surowic, zaś po ukończeniu leczenia w 67% surowic utrzymuje się jeszcze dodatnio przy równocześnie wykonanym już ujemnym odczynie Wassermanna. Cyfry te wykazują niedwuznacznie, iż odczyn Meinickego zachowuje się znacznie oporniej wobec leczenia swoistego, aniżeli odczyn Wassermanna. Ten ostatni bowiem ustępuje pod wpływem leczenia, zwłaszcza w przypadkach późniejszej kiły wrodzonej tak jawnej jak utajonej, znacznie szybciej, aniżeli odczyn Meinickego.

Grupy przypadków wedle rozpoznania i stanu leczenia	Wyniki zgodne w %	Wyniki niezgodne		%-wa przewaga dod. wyników odcz. Meinick. wobec odcz. W.
		M+ W−	M− W+	
I. Lues cong. recens.				
a) przed leczeniem . . .	83%	8.5%	8.5%	0
b) w toku leczenia	85%	11%	4%	9%
c) po ukończeniu leczenia	85%	10%	5%	7%
II. Lues cong. invet. tarda, latens.				
a) przed leczeniem . . .	85%	15%	—	6%
b) w toku leczenia	56%	42.5%	1.5%	41%
c) po ukończeniu leczenia	33%	67%	—	55%
III. Lues materna.	48%	52%	—	47%

Te same badania porównawcze odczynów Wassermanna i Meinickego przeprowadzane u matek dzieci kiłowych, wykazały znowuż znaczną przewagę czułości odczynu Meinickego nad odczynem Wassermanna: około 80% matek oddziaływuje dodatnio na odczyn Meinickego, zaś tylko 36% dodatnio na odczyn Wassermanna. W ten sposób zdołaliśmy stwierdzić na podstawie naszych badań serologicznych u przeważającej większości matek dzieci kiłowych bo u 4/5 utajone zakażenie kiłą.

II. Zachowanie się płynu mózgo-rdzeniowego.

Zachowanie się płynu mózgo-rdzeniowego i śledzenie go w toku leczenia uważamy za równie ważne, jak badania serologiczne, nietylko jako kryterjum wyników leczniczych, ale też jako wskaźnik rokowania. Dlatego też obecnie przeprowadzamy w każdym przypadku kiły wrodzonej, zarówno przed objęciem go w leczenie jak i w toku i po ukończeniu leczenia badanie płynu mózgo-rdzeniowego. Jesteśmy bowiem w możności przy pomocy nowoczesnej, czułej techniki labolatoryjnej wykazać zmiany w płynie nawet tam, gdzie z powodu nieznacznego stopnia schorzenia tkanki nerwowej klinicznie tego stwierdzić nie jesteśmy w stanie.

Zmiany w płynie możemy określić jako: a) morfologiczne tj. zwiększenie ilości ciałek białych, b) chemiczne, t. j. wzmożenie ciał białkowych i c) fizyko-chemiczne, polegające na swoistem zaburzeniu normalnej struktury kolloidalnej płynu.

Wyniki naszych badań płynu mózgowo-rdzeniowego u dzieci kiłowych stwierdziły, analogicznie do podobnych badań wielu innych autorów (Breuer, Tezner, Frank, Gabriele Arena), że proces kiłowy atakuje układ ośrodkowo nerwowy już w najwcześniejszym okresie tego schorzenia, gdy jeszcze tego klinicznie stwierdzić nie można i to w przeważającej ilości przypadków. Tem się też tłumaczy znany powszechnie fakt ciężkich i częstych powikłań kiły wrodzonej w dziedzinie układu środkowo nerwowego, zwłaszcza u dzieci częściowo lub zupełnie nieleczonych.

Wpływ leczenia na zachowanie się płynu mózgowo-rdzeniowego u dzieci obarczonych kiłą wrodzoną możemy rozpatrzeć z dwojakiego punktu widzenia: a) Wpływ leczenia na poszczególne odczyny chemiczne, biologiczne i kolloidalne w płynie i ocena rokowania na podstawie tychże; b) Ogólne wyniki leczenia na podstawie zachowania się płynu.

1) Z naszych badań okazuje się, że w najwcześniejszym okresie kiły wrodzonej, przed rozpoczęciem leczenia, w 85% przypadków (w tem 4% noworodków) można już stwierdzić zmiany chorobowe płynu mózgowo-rdzeniowego, zaś z przypadków późniejszej postaci kiły wrodzonej nieuleczonej 75% wykazuje dodatnie odczyny swoiste w płynie. W dalszym ciągu wynika z naszych zestawień, że zmiany te nie są trwałe, gdyż łatwo i szybko ustępują pod wpływem swoistego leczenia tak pod względem ilościowym, jak i jakościowym.

W szybkości ustępowania poszczególnych odczynów zachodzą znaczne różnice, które świadczą o rozmaitym stopniu ich swoistości. Cyfrowo przedstawiają się wyniki te w sposób następujący:

Odczyn	Przed leczeniem Wyniki dodatnie w odsetkach	Po leczeniu Wyniki dodatnie w odsetkach	Procentowo wyrażona szybkość ustępowania odczynu
Pandy'ego	86%	56%	35%
Nonne-Apelta	64%	33%	48%
Złotowy	59%	25%	58%
Pleocytoza	40.5%	12.5%	68%
Wassermanna	8%	6%	25%

Z zestawienia tego wynika, że przed leczeniem do najczęściej spotykanych należą odczyny białkowe Pandy'ego i Nonne-Apelta. Rzadziej już spotygamy tu odczyn złotowy, jeszcze rzadziej pleocytozę, która występuje mniej więcej o połowę razy rzadziej, aniżeli odczyn Pandy'ego. Na końcu figuruje odczyn Wassermanna (8%), który jest też wskaźnikiem najcięższych zmian kiłowych, w tkance nerwowej. Wpływ leczenia na poszczególne odczyny uwydatnia się w rozmaicie silnym stopniu, jednak nieproporcjo-

nalnie do częstości ich występowania. I tak najwidoczniejszym jest wpływ leczenia na pleocytozę, która pod względem częstości stoi dopiero na 4-tem miejscu, (z 40,5% spada pod wpływem leczenia do 12,5%). W dalszym ciągu wpływ leczenia maleje w stosunku do poszczególnych odczynów w następującym porządku: odczyn złota (z 59% do 25%), odczyn Nonne-Apelta (z 64% do 33%), odczyn Pandy'ego (z 86% do 56%), najsłabszym zaś jest wpływ leczenia na odczyn Wassermanna (z 8% na 6%).

Powyższe wyniki cyfrowe, obrazujące wpływ leczenia swoistego na poszczególne odczyny chemiczne i biologiczne w płynie, dają nam równocześnie pewne wytyczne do oceny wyników poszczególnych metod badania płynu w stosunku do stopnia schorzenia układu środkowo nerwowego: im oporniejszym jest dany odczyn względem leczenia, tem cięższe muszą być zmiany anatomiczne, których jest on wyrazem. Odpowiada to w zupełności naszemu doświadczeniu klinicznemu, gdyż n. p. wiadomem jest, że dodatni odczyn Was. w płynie jest wyrazem daleko idących zmian, podczas gdy dostępniejsze na wpływ leczenia odczyny białkowe i kolloidalne płynu uważamy za oznakę dużo lżejszego schorzenia układu nerwowego. Z tego też powodu odczyny te pozwalają nam na pomyślniejsze rokowanie pod względem późniejszego rozwoju umysłowego.

2) Ogólne wyniki leczenia na podstawie zachowania się płynu mózgowo - rdzeniowego:

Ogółem rozporządzamy materjałem 32 przypadków kiły wrodzonej, w których byliśmy w możności dokładnie prześledzić zachowanie się płynu zarówno przed podjęciem leczenia, jak w toku i po ukończeniu tegoż. W tem mamy 10 przypadków leczonych zimnicą.

Jeżeli z tej ogólnej cyfry wyłączymy 9 przypadków, które wykazywały stale prawidłowe zachowanie się płynu, to u pozostałych 23 przypadków, u których stwierdziliśmy zmiany w płynie przed podjęciem leczenia, stosunki po przeprowadzeniu całkowitej kuracji przedstawiały się następująco: a) zmiany ustąpiły całkowicie — w 7 przypadkach t. j. w 30%, w tem 5 przypadków kiły wczesnej, 2 przypadki kiły późniejszej; b) zmiany uległy znacznej poprawie w 14 przypadkach t. j. 60%, w tem 10 przypadków kiły wrodzonej wczesnej, 4 przypadki kiły późniejszej; c) zmiany nie uległy żadnej poprawie w 2 przypadkach, t. j. 6% w tem 1 przypadek kiły wrodzonej wczesnej, 1 przypadek kiły wrodzonej późniejszej.

Wyniki powyższe nie są ostateczne, gdyż w wielu przypadkach nie zdołaliśmy jeszcze zbadać płynu po ukończeniu całkowitego leczenia, jednakowoż już z tych kilku dat statystycznych okazuje się, jak zbawiennym jest wpływ leczenia w kierunku ochrony dzieci kiłowych przed upośledzeniem władz umysłowych, a to w pierwszym rzędzie u tych dzieci, u których leczenie zostało podjęte we wczesnym okresie choroby. Tylko stosunkowo nieliczny odsetek, bo 6% okazał się opornym względem leczenia.

III. Badanie inteligencji.

Wszystkie dzieci pozostające w stałej obserwacji naszej poradni kiłowej, a dostępne systematycznemu badaniu rozwoju umysłowego, t. j. mniej więcej od 4 roku życia, skierowujemy do Przychodni badania inteligencji, gdzie zostaje ustalony ich stopień inteligencji metodą Binet-Simona. Jest to trzecie z rzędu kryterjum, którem posługujemy się dla ustalenia naszych wyników leczniczych. Wyniki tych badań omawiamy poniżej, łącznie z ogólnymi wynikami naszej Poradni.

Wyniki ogólne.

Ogółem zarejestrowanych jest w naszej stacji od r. 1920 253 przypadków. Z tego ogólnego materjału los 104 dzieci jest nam obecnie nieznany z powodu zupełnego zerwania kontaktu z naszą stacją. Pozostaje ogólna cyfra dzieci 149, która nadaje się dla celów statystycznych.

Przypadki te podzieliliśmy na następujące grupy:

I. leczenie ukończone i stała kontrola	
u dzieci a) z kiłą wczesną	45 przypadków
b) z kiłą późniejszą	37 przypadków
II. zmarło	45 przypadków
III. leczenie w toku	22 przypadków
Razem:	149 przypadków

Pierwsza podgrupa dzieci pod a) t. j. przypadki wczesnej kiły, daje jaknajpomyślniejsze widoki co do intelektualnego i fizycznego rozwoju.

Czas obserwacji tych dzieci wynosi: 8 lat — 2 przypadki; 6—7 lat — 8 przypadków; 4—5 lat — 15 przypadków; 3—4 lat — 7 przypadków; powyżej 2 lat — 10 przypadków; powyżej 1 roku — 3 przypadki.

Na tych 45 przypadków kiły wrodzonej wczesnej 37 dzieci, t. j. około 80%, przedstawia się tak pod względem fizycznym jak i umysłowym zupełnie prawidłowo, pod względem serologicznym wykazują one stale ujemne odczyny, zarówno Wassermanna jak Meinickego. W tej grupie badany u 10 dzieci płyn mózgowordzeniowy wykazał zupełnie prawidłowe odczyny.

6 dzieci, t. j. 16% wykazuje, czy to pod względem klinicznym, czy to pod względem serologicznym lub zachowania się płynu dodatnie objawy, a to: 2 dzieci dodatnie odczyny w surowicy przy zupełnie ujemnym obrazie klinicznym, 1 dziecko dodatni płyn przy prawidłowym rozwoju umysłowym i ujemnym obrazie klinicznym, 1 dziecko *imbecillitas*, 1 dziecko głuchonieme, 1 *ozaena luetica*.

2 dzieci, t. j. około 4% zmarło na skutek chorób zakaźnych.

Ogółem wziąwszy tylko dwoje dzieci z tej grupy pozostało z trwałemi i ciężkiemi uszkodzeniami w dziedzinie układu nerwowego (*imbecillitas* i głuchota), co stanowi tylko około 4% ogólnego materjału tej grupy.

Druga podgrupa obejmuje 37 przypadków kiły wrodzonej, objętych w leczenie w okresie późniejszym choroby, które przeszły 3 i więcej kuracji i pozostają stale w naszej obserwacji.

Z grupy tej tylko 15 przypadków, t. j. 40% może uchodzić za całkowicie uleczonych, nie wykazuje bowiem ani pod względem klinicznym, ani też pod względem psychicznym, żadnych objawów, zaś odczyny surowicze zachowują się stale ujemnie.

12 przypadków, t. j. 33% nie wykazuje wprawdzie w dziedzinie rozwoju umysłowego żadnych zmian, jednakowoż surowica ich oddziaływuje dodatnio na odczyny Wassermanna lub Meinickego, w tem 7 przypadków tylko na odczyn Meinickego przy ujemnym odczynie Wassermanna, a 5 przypadków na odczyn Wassermanna i Meinickego.

9 przypadków, t. j. 25% wykazuje cofnięty rozwój umysłowy w tem 1 przypadek epilepsji. 1 przypadek straciliśmy z oka.

Z porównania wyników leczenia obu tych grup dadzą się wysnuć wnioski, które są zasadnicze dla rokowania w kile wrodzonej: podczas gdy w grupie 1-szej, tej. w której podjęliśmy leczenie we wczesnym okresie schorzenia, osiągnęliśmy prawie zupełny sukces bo w 80% przypadków, to w drugiej grupie przypadków, które zgłosiły się do nas w okresie późniejszym, mogliśmy pomimo intenzywnej kuracji, ledwo w 40% osiągnąć pomyślny skutek, zaś w 25% przypadków pozostało trwałe upośledzenie rozwoju. To też pierwsza grupa dzieci pozostaje przedmiotem głównego naszego zainteresowania.

Przeważająca ilość tych przypadków może być przy należytem leczeniu uzdrowiona do tego stopnia, iż dzieci te w niczem nie różnią się od dzieci prawidłowych.

Wyniki te przeszły najśmielsze nasze oczekiwania, w chwili podjęcia tej ciężkiej i trudnej pracy społecznej. W owym czasie wyniki statystyczne przedstawiały się nieporównanie gorzej.

Wyniki leczenia zimnicą.

W niektórych przypadkach stosowaliśmy leczenie zimnicą, dla oceny znaczenia tej u dorosłych z tak dobrym wynikiem stosowanej metody leczenia dla kiły wrodzonej. Na ogół przeprowadziliśmy to leczenie w 12-tu przypadkach późniejszej postaci kiły wrodzonej. Wybraliśmy w tym celu przypadki, które wykazywały jawne objawy ze strony układu nerwowego, albo dzieci umysłowo upośledzone, albo takie, które przy ujemnym obrazie klinicznym wykazywały zmiany tylko w płynie mózgowo-rdzeniowym, a także dzieci z podostrem zapaleniem rogówki. Dzieci nasze w ogólności znosiły leczenie zimnicą dobrze, to też w żadnym wypadku nie przerywaliśmy je przedwcześnie. W przebiegu klinicznym odpowiadała zimnica przeszczepiona zwyczajnej postaci zimnicy wywołanej drogą naturalną. Chinina działa tu bardzo skutecznie na przerwanie napadów, i to bez nawrotów. Pomyślne wyniki leczenia zimnicą wystąpiły przedewszystkiem w przypadkach, u których stwierdziliśmy zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym: na 7 takich przypadków, osiągnęliśmy 2 razy szybkie i całkowite ustąpienie zmian w płynie, w 3 przypadkach znaczną ich poprawę, zaś w 2 przypadkach nie osiągnęliśmy żadnego wyniku. Wpływu na odczyny serologiczne jednak nie stwierdziliśmy tu w większym stopniu, aniżeli pod wpływem zwykłej naszej metody leczenia. Najlepszy wynik leczenia zimnicą spostrzegaliśmy u dwuletniego dziecka, u którego stwierdziliśmy kłykciny sączące w okolicy odbytnicy, jakoteż zmiany w płynie i dodatnie odczyny w surowicy. U dziecka tego wszystkie odczyny zarówno

w surowicy jak i w płynie, nie mówiąc już o objawach klinicznych, ustąpiły bardzo szybko po kuracji zimnicą i salvarsanem. Natomiast niekorzystnie wpływa zimnica wedle naszych doświadczeń na przebieg zapalenia rogówki. Dlatego też uważamy leczenie to za przeciwwskazane w wypadkach zapalenia rogówki na tle kiły. Wskazana jest ta metoda jedynie we wszystkich przypadkach kiły wrodzonej późnej ze zmianami w płynie. Im przypadek jest wcześniejszy, tem lepsze widoki pomyślnego wyniku leczenia. Oczywiście, że we wszystkich naszych przypadkach zarówno przed szczepieniem zimnicy, jak bezpośrednio po przerwaniu napadów stosowaliśmy serję zastrzyków salvarsanu.

Śmiertelność.

Statystyka nasza wykazuje 45 przypadków śmiertelnych. W stosunku do tej części dzieci, która pozostaje pod naszą ścisłą obserwacją, odpowiadałoby to około 30% śmiertelności. Nie jest to jednak rzeczywisty obraz śmiertelności kiły wrodzonej naszej poradni, albowiem w większości przypadków zejście śmiertelne nastąpiło jeszcze przed podjęciem leczenia, lub też tuż po rozpoczęciu pierwszych zastrzyków. Pozatem nie są w tej statystyce objęte przypadki, których los nam nie jest wiadomy. Chcąc tedy mieć obraz rzeczywistego poziomu śmiertelności u dzieci leczonych lub też conajmniej podleczonych, mamy do zarejestrowania na ogólną liczbę przypadków leczonych, a będących w naszej obserwacji t. j. 112 przypadków — 8 zejść śmiertelnych co odpowiada około 7% śmiertelności. Widzimy stąd, jaki wpływ wywiera leczenie na obniżenie poziomu śmiertelności. W porównaniu z poziomem śmiertelności znanym nam wedle innych autorów (Hochsinger, Husten, Mülller, Welde, Kundratiz) należy śmiertelność naszych dzieci, do najniższych z pomiędzy cytowanych statystyk.

Przytoczone powyżej cyfry statystyczne zebrane na podstawie 9-letniej pracy w Przychodni dla dzieci obarczonych kiłą wrodzoną oświetlają w należytem świetle doniosłość zagadnienia walki z kiłą wrodzoną, wykazują jaskrawo, że schorzenie to z punktu widzenia społeczno-lekarskiego może być skutecznie zwalczone. Nasze doświadczenie uczy, że w większości przypadków, bo w około 62% wczesnej kiły wrodzonej, udaje się już po pierwszej energicznej kuracji osiągnąć trwały wynik leczenia, gdyż usuwa ona wszystkie odczyny dodatnie zarówno w surowicy jak i w płynie. Świadczy to wymownie o nakazie społecznym poddania dzieci kiłowych natychmiastowemu leczeniu i zakładania takich placówek społecznych, gdzieby leczenie to mogło być wedle najnowszych poglądów w tej mierze bezpłatnie prowadzone. Wedle naszego zdania placówki te winne być zorganizowane, wedle systemu otwartej opieki społecznej, gdyż tylko ten system prowadzi w naszych warunkach do należytego celu.

Piśmiennictwo.

J. Hescheles: 1924. — Badanie płynu mózgo-rdzeniowego w najwcześniejszych okresach kiły wrodzonej — Pedjatrja Polska. T. IV, zesz. IV. — 1925. — 1) O kile wrodzonej w świetle nowszych badań. T. Gaz. Lek. T. IV. 1925. — 2) O Klinice, losach i leczeniu dzieci obarczonych kiłą wrodzoną. Pedj. Polska. T. V. I — IV. — 3) Zur Frage d. Fürsorge - Behandlung u. Therapie der kong. Syphilis. Arch f. Kinderhelk. T. 77. Grudzień. — 4) Erfolge u. Organisation d. Fürsorgestation f. kong. luet. Kinder. Arch. f. Kinderheilk. T. 31. Grudzień 25, Styczeń 26. — 1926 — 1) Kriterien d. therapeut. Erfolge bei Lu. cong. Arch. f. Kinderheilk. T. 34. Listopad. — 1927. — Impfmalarie Behandlung d. cong. Lues. Arch. f. Kinderheilk. T. 37. — 1928. — Przyczynek do serolog. badań porównawczych odczyn. Wass. Mein. Polska Gazeta Lekarska. 1928. Nr. 17.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Franciszek NARÓG, b. st. asystent. Lwów.

Pierwotna jaskra zapalna w okresie ciąży. (Ciąża a oko).

Z Kliniki okulistycznej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. A. Bednarski.

Jakkolwiek piśmiennictwo w sprawie jaskry jest bardzo obszerne i dużo jest ogłoszonych prac o powikłaniach w czasie ciąży ze strony oka, nie znalazłem ani w jednym przypadku opisu jaskry pierwotnej w związku z ciążą. Groenouw (7) wspomina wprawdzie ogólnikowo o dwóch przypadkach jaskry w związku z ciążą w swym przeglądzie zbiorowym, ale poszukiwania w piśmiennictwie za tymi przypadkami ustaliły, iż nie są to przypadki jaskry pierwotnej. W pierwszym z tych przypadków opisuje Gałęzowski (11) (1874) przypadek jaskry krwotocznej w 5-tym miesiącu ciąży po skaleczeniu oka z wysiękiem krwawym do przodkowej komórki. Skaleczenia tego nie uważa on za jedyną przyczynę jaskry. Nakłucie rogówki nie pomogło w tym przypadku, a jaskra ustąpiła dopiero po rozwiązaniu. Drugi przypadek Landsberga (13) (1878), ogłoszony po angielsku, nie referowany (Nagel), jako nie dostępny, w samym tytule wykazuje, iż nastąpiła w tym przypadku odruchowa ślepota nie mająca nic wspólnego z jaskrą, co potwierdza praca tegoż autora ogłoszona w tym roku po niemiecku, wspominająca o przemijającej ślepocie w czasie ciąży. Ślepota trwała na jednym oku 4 dni w połączeniu z wymiotami. Wynik badania wziernikiem ujemny.

Jako powikłanie przy ciąży spotyka się najczęściej zapalenie siatkówki *(retinitis albuminurica)*, oderwanie się siatkówki i przemijającą ślepotę *(uraemia)*.

Ze zmianą własności krwi przy wzmożonej i zmienionej przemianie materji i wzmożonej czynności gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu zachodzą pewne zmiany i na oczach. Czasem spotyka się ciemniejsze zabarwienie powiek w związku z powiększeniem się ilości barwika w organizmie, bardzo rzadko występuje obrzęk gruczołu łzowego ze wzmożonem łzawieniem (Nieden 15). Ze strony spojówki mogą wystąpić krwawienia (Guttmann 17) *(hyperemesis gravidarum)* i przemijające rozszerzenie naczyń limfatycznych (Menacho 18). Ze strony rogówki należy wspomnieć o miąższowem zapaleniu rogówki, jakie przez ciążę może być wywołane u cierpiących na kiłę dziedziczną (Trantas 7). W jednym przypadku zauważono stożek rogówki, który po rozwiązaniu znacznie się cofnął (Valude 7). Częściej występują wrzody na rogówce w związku z ogólnem słabieniem, które mogą stanowić wskazanie do przerwania ciąży (Germann 7). O wiele częściej spotyka się przy częstych porodach i długiem karmieniu dzieci wczesne występowanie zaćmy w związku z wyczerpaniem się rezerw tłuszczowych (avitaminoza). Stanowią one na Klinice Lwowskiej w przybliżeniu 8% zaćmy starczej. Dużą rolę przy powstawaniu tych zaćm odgrywa występująca w czasie porodu lub po porodzie tężyczka. (Zirn, Gross, Koenigstein, Pineles (20), Sperber (7). Nie rzadko zdarza się osłabienie akomodacji lub niezborność mięśniowa. Mogą również wystąpić porażenia mięśni (Windscheid (7).

Zauważono także w związku z ciążą rozwój chorobowy Basedowa (Schmidt-Rimpler (7) i wytrzeszcz gałki ocznej, pulsujący (Sattler (7).

Przemijająca ślepota zdarza się najczęściej w związku z uraemią, eklampsją i histerją. Czasami może wystąpić hemianopsja (Cohn), względny ubytek w polu widzenia (Schoen), najczęściej funkcyjne zwężenie pola widzenia (Silex, Bellinzona, Tridondani, Forti) i kurza ślepota (Uthhoff), rzadziej — zapalenie tętniczki centralnej siatkówki (Teillais) lub żyły.

Z zapaleniem nerwu ocznego przy ciąży spotykamy się często (Deval, Power, Uhthoff, Cohn, Bull i in.), rzadziej natomiast z zapaleniem nerwu pozagałkowem (Langenbeck), z zanikiem nerwu (Feilchenfeld) i tarczą zastoinową (Reich).

Ciśnienie śródoczne jest według większości autorów obniżone w ostatnich miesiącach ciąży (Marx, Rizzo). Imre na 52 badanych ciężarnych znalazł w 42 przypadkach obniżone ciśnienie wśródgałkowe, na co ma mieć wpływ wzmożona czynność przysadki mózgowej. Marx znalazł we wszystkich 168 przypadkach badanych od 6 — 9 miesiąca ciąży obniżone ciśnienie wśródoczne. Również w 78% u ciężarnych znalazł lekkie obniżenie wśródgałkowego ciśnienia Mariotti, który uzależnia ten stan od wpływu szyjnego nerwu sympatycznego, a Santonastaso raczej od gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu. Meesmann w przeszło 40 przypadkach stwierdza również w ostatnich miesiącach ciąży obniżenie ciśnienia wśródocznego. Najwyższe ciśnienie w tych przypadkach wynosiło 18 mm Hg, a najniższe 6 — 8 mm Hg. To obniżenie ciśnienia wśródocznego pozostaje według Hasselbacha i Meesmanna w związku z obniżeniem się zasadowości krwi i cieczy w przodkowej komórce w ostatnich miesiącach ciąży. Podobnie jak przy cukrzycy tak również w ostatnich miesiącach ciąży wzmaga się kwasota krwi, która pociąga za sobą wzmożenie się kwasoty cieczy w przodkowej komórce i obniżenie ciśnienia wśródgałkowego. Meesmann twierdzi zatem, że w żadnym przypadku nie spostrzegano jaskry pierwotnej w ostatnich miesiącach ciąży, natomiast jest możliwe wystąpienie ostrego napadu jaskry po rozwiązaniu, gdyż w następnych dniach po rozwiązaniu

znika kwasota krwi. Sam miał sposobność spostrzegać na klinice ostry napad jaskry w 8 dni po rozwiązaniu u 37 letniej pacjentki.

W przeciwieństwie do ciąży miały wykazać pomiary Meesmanna u chorych na jaskrę wzmożenie się zasadowości krwi i cieczy w przodkowej komórce wskutek większej zawartości sody we krwi, co ma pociągać za sobą wzmożoną zasadowość cieczy wśródocznej, napęcznienie soczewki i ciałka szklistego i następowe podwyższenie ciśnienia wśródgałkowego. O ile pomiary u ciężarnych wykazały zgodnie z małymi wyjątkami obniżenia ciśnienia wśródgałkowego w ostatnich miesiącach ciąży w związku ze wzmożoną kwasotą krwi, to badanie cieczy w przodkowej komórce u chorych jaskrowych są dość rozbieżne np. Hertel, Meesmann i Bauermann spotykają zgodnie zwiększoną zasadowość krwi i cieczy w przodkowej komórce, to znowu inni a ostatnio Jasiński nie widzą zmian w stężeniu jonów wodorowych u osobników zdrowych i chorych na jaskrę.

Meesmann przyjmuje przy jaskrze wzmożoną zasadowość krwi i cieczy w przodkowej komórce, a jaskrę w ostatnich miesiącach ciąży wyklucza ze względu na wzmożoną kwasotę w tym okresie i w swej pracy (Archiv.f. Augenh. 97. 1926. Str. 20) stawia końcową tezę: „4. Das Wesen des primären Glaukoms ist eine vermehrte Alkaliquellung des inneren Auges, bedingt durch Alkalose des Blutes und damit des Kammerwassers. Bei schweren Diabetes und in den letzten Monaten der Gravidität ist daher ein primäres Glaukom unwahrscheindlich, eine Annahme, die sich mit den klinischen Tatsachen gut deckt".

Ponieważ nasz przypadek jaskry zapalnej w ostatnich miesiącach ciąży stoi poniekąd w sprzeczności z tezą Meesmanna i zarazem będzie pierwszym przypadkiem tego rodzaju w piśmiennictwie, pozwolę go sobie dokładnie przytoczyć.

K. R. lat 45 wyznania mojżeszowego, żona urzędnika zauważyła przed 2 miesiącami w 6-ym miesiącu ciąży bóle głowy i widziała wieczorami barwne pierścienie dookoła światła. Zasięgała porady w kasie chorych, a lekarz nic stwierdziwszy nic podejrzanego polecił jej zgłosić się do kontroli za miesiąc, czego chora nie uczyniła. Bóle głowy powtarzały się często. W 8-ym miesiącu ciąży uczuła silne bóle głowy i oczu. Miały wystąpić bóle kurczowe, które uspokojono czopkami. Następnego dnia nagle zaniewidziała wśród silnych bólów głowy i oczu, wobec czego przewieziono ją na klinikę położniczą. Wśród silnych bólów głowy i rwących bólów w oczach wystapiło uczucie wypychania gałek ocznych ku przodowi, równocześnie pojawił się silny obrzęk powiek. Analiza moczu wykazała w tym czasie wałeczki ziarniste 2 — 3 w polu widzenia. U chorej podejrzewano eklampsję i w projekcie było wykonanie cięcia cesarskiego. Dopiero okulistycznie stwierdzono ostry napad jaskry i przeniesiono chorą w porozumieniu z kliniką położniczą na klinikę oczną — w dniu 15. III. 1927.

Historja choroby: Chora wzrostu średniego, dobrze odżywiona, nieco otyła, silnej budowy kośćca, wieloródka, dwie poprzednie ciąże przeszła prawidłowo. Powieki znacznie obrzękłe, silny światłowstręt, spojówki obrzękłe, przekrwione, żyły bardzo napęczniałe i pokręcone, nastrzykanie rzęskowe dookoła rogówek, gałki silnie bolesne, rogówki zamglone, matowe wskutek nacieczenia jak przy zapaleniu miąższowem, przednie komórki płytkie, tęczówki silnie przekrwione, o rysunku zatartym, źrenice szerokie, owalne, nie reagują na światło, prawa węższa od lewej, dno oka bardzo słabo prześwieca. V. p. Palce przed okiem. V. $1^1/_2$ m. palce. Tonometr Schiötza po zapuszczaniu w ciągu 24 godz. co godzina pilokarpiny. O. prawe (5'5 i 7'5) 30 n/n. Oko lewe (5'5 i 7'5) 50 n/n.

15. III. wykonał prof. Bednarski irydektomję przeciwjaskrową na obu oczach. 16. III. O. p. zaczerwienione, ranka zaklejona, rogówka silnie zamglona, źrenica i koloboma miernie szeroki, nierówne, tylne zlepy, końce tęczówki wolne, p. komórka bardzo płytka. Atropina i kokaina.

O. l. silnie zaczerwienione, ranka zaklejona, rogówka silnie zamglona, źrenica i koloboma bardzo szerokie, końce tęczówki wolne, p. komórka utrzymana. Pilocarpina.

21. III. Światłowstręt ustąpił. O. p. lekko rzęskowo nastrzykane, rogówka na powierzchni zamglona, źrenica owalna, miernie szeroka, od dołu zlepy tęczówki z przednią powierzchnią torebki, po bokach źrenica szersza tak, że ma wygląd trójkąta, końce tęczówki wolne, tęczówka przekrwiona, dno oka prawie nie prześwieca wskutek silnego zamglenia rogówki. Ciśnienie wśródgałkowe palcami prawidłowe. V. p. 1 m. palce. O. l. nieznacznie zaczerwienione, rogówka jeszcze znacznie zamglona, silniej na powierzchni, tęczówka przekrwiona, źrenica i koloboma szerokie, dno oka słabo prześwieca, ciśnienie prawidłowe. V. 1,3 m palce. 23. III. O. p. blade, źrenica okrągła, miernie szeroka, zlepy od dołu puściły, rogówka centralnie w obrębie źrenicy wykazuje zamglenie w postaci siatki i napęcznienie nabłonka z zaznaczonemi jasnemi smugami w postaci porysowania (lampa szczelinowa). V. p. 4 m. palce. Dno oka słabo prześwieca.

O. l. Źrenica i koloboma 4 mm szerokie. Dno oka we mgle, widać tarczę i naczynia w granicach prawidłowych. V. 1,5 m. palce. Ciśnienie na obu oczach prawidłowe. W dniu 24. III. 1927 opuściła chora klinikę.

Następnie bystrość wzroku znacznie się poprawiła. Rozwiązanie nastąpiło w domu o przebiegu prawidłowym w dniu 2. IV. 1927 w 3 tygodnie po operacji oczu. Po rozwiązaniu chora uczuła się dobrze i zauważyła znaczną poprawę ostrości wzroku.

19. IV. Centralnie na rogówce o. p. powierzchowne zamglenie. V. p. 5/30.

O. l. czyste. V. 1. 5/50. Czyta J. N. 1. Dno obu oczu prawidłowe. Tonometr Schiötza (5'5) 20 n/n

10. V. V. p. 5/20 lekkie zamglenie w nabłonku rogówki. V. l. 5/35. Na tęczówkach plamy szaro-niebieskie wskutek zaniku barwika.

3. XII. V. p. 5/10 z korekcją — 0'75 D kombinowane z cylindrami — 1'5 D oś 165° widzi 5/6. V. l. 5/35 z korekcją cylindrem — 2 D oś 150° 5/10. Czyta Jäger N. 1. Tonometr Schiötza (5'5) 18 n/n. Na rogówce o. p. delikatna plamka od góry, na tęczówce dwie jasno-niebieskie plamy, mniejsza owalna od wewnątrz i większa od zewnątrz po zaniku tęczówki. Na oku lewem widoczne trzy jasno-niebieskie owalne plamki zanikowe na tle ciemno-brunatnej tęczówki, jedna większa od wewnątrz, dwie mniejsze od zewnątrz i dołu. W miejscach zanikowych i odbarwionych beleczki rusztowania są w zaniku, drobna ziarnina barwikowa, o odcieniu czarnym, bardzo delikatna, leży obficie na beleczkach i w kryptach (lampa szczelinowa). Dno oka prawidłowe, pole widzenia na wszystkie barwy prawidłowe.

3. II. 1928. Rogówki w zupełności czyste, źrenice miernie szerokie, nie reagują, ostrość wzroku dobra jak w dniu 3. XII. 1927, liczne plamki na tęczówce po zaniku tęczówki, zrosty rąbka barwikowego tęczówki z torebką soczewki, bardzo delikatna i widoczna tylko w lampie szczelinowej siatka barwikowa i fibrynowa w obrębie źrenicy. Na plamach odbarwionych tęczówki leży na powierzchni drobna, czarna ziarnina barwikowa i plamy te mają wygląd jakby jasnych pól posypanych pieprzem. Dno oka prawidłowe.

Rozbiór moczu przeprowadzony kilkanaście razy przed i po rozwiązaniu wykazał: 18. I. 1927: miernie kwaśny, kwas moczowy 0'0625%, w ilości zwiększonej, mocznik 2'86% w ilości znacznie zwiększonej, ślad białka.

11. III. Białko 0'33% 2 — 3 wałeczków drobnoziarnistych na preparacie.

21. III. Mocznik 2%, białko 2.6%, barwiki krwi, liczne przybłonki miedniczek nerkowych, bardzo liczne leukocyty, pojedyńcze wałeczki szkliste i liczne czerwone ciałka krwi.

23. III. Białko 2'88%, nieznacznie zwiększona ilość przybłonków i leukocytów, dość liczne, przeważnie świeże krwinki, bardzo liczne wałeczki szkliste i ziarniste, liczne bakterje.

28. III. Białko 1'15%, bardzo liczne wałeczki szkliste i ziarniste, pojedyńcze krwinki.

2. IV. Poród o przebiegu prawidłowym.

15. IV. Białko 0'4%, bardzo nieliczne wałeczki szkliste.

26. I. 1928. Wałeczków nie znaleziono, ślad białka.

W przedstawionym przypadku mamy niewątpliwie do czynienia z jaskrą zapalną i to pierwotną, przemawiają za tem wszystkie objawy jaskry. Jeżeli ciśnienie wśródgałkowe po zapuszczaniu pilokarpiny co godzinę w cigu 24 godz. wynosiło 50 m/m Hg, o ileż większe musiało być przed zapuszczeniem pilocarpiny. Zastanawia nas czynnik, który spowodował wybuch jaskry w ostatnich miesiącach ciąży u osoby, która nie miała przedtem żadnych objawów jaskry i dwa razy przechodziła prawidłowo ciążę. Na ten czynnik musiało złożyć się zaburzenie koloidowe krwi i cieczy w przodkowej komórce przy równoczesnem zaburzeniu gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu i lekkiem zatruciu organizmu jadami, na co wskazywałyby przybłonki miedniczek nerkowych, wałeczki szkliste i ziarniste oraz ilość białka w moczu nieco zwiększona, które długo się utrzymywały. Przy tego rodzaju zaburzeniach musiała być prawdopodobnie wyjątkowo wzmożona zasadowość krwi i cieczy w p. komórce, których to badań nie przeprowadzono. Jeżeli bowiem normalna ciąża ma prawie zawsze wzmożoną kwasote krwi i cieczy w p. komórce według większości autorów, to przy ciąży patologicznej mogą stosunki wyjątkowo ulec zmianie, jak to mogło mieć miejsce w tym przypadku. Gdyby to było zapalenie tęczówki spowodowane jadami, to nie byłoby tak gwałtownych objawów zapalnych ze strony rogówki, nie byłoby

zamglenia tak silnego środków łamiących oka, źrenice nie byłyby tak szerokie, ciśnienie zaś wewnątrzgałkowe nie byłoby tak dalece wzmożone. Następnie nie wystąpiłyby tak szybko plamy tęczówki. Jady mogły być tylko bodźcem do przekrwienia tęczówki, a wzmożona zasadowość krwi i cieczy w p. komórce mogły spowodować napęcznienie ciałka szklistego i soczewki oraz wzmożenie ucisku wśródgałkowego, a stosownie do twierdzenia Wielanda i Schoena mogło przyjść do porażenia ośrodka zwężającego źrenicę wskutek zmniejszonego napięcia CO_2 krwi. Za jaskrą przemawia wreszcie gwałtowny przebieg napadu, o wielkim nasileniu w przeciągu 24 godz., czego nigdy nie zauważa się przy zapaleniu tęczówki. Jakkolwiek teorje jaskry zapalnej są najrozmaitsze i możnaby bardzo długo rozwodzić się nad niemi, to gwałtowny wybuch napadu jaskry i przebieg kliniczny nie nasuwają najmniejszej wątpliwości, że w tym wypadku była jaskra zapalna, chyba że ktoś nie uznaje wogóle jaskry zapalnej, a tylko zapalenie tęczówki jaskrowe, co na jedno wychodzi. Różnica będzie w samej nazwie, objawy zaś te same. W samym przebiegu jaskry uderza w tym przypadku silne nacieczenie rogówek dłuższy czas utrzymujące się, zapalenie wysiękowe z dążnością do zlepów, stosunkowo mała krwotoczność przy tak silnem zapaleniu. Przy zapaleniu rogówek był przedewszystkiem napęczniały nabłonek rogówki przy równoczesnem zajęciu głębszych warstw.

Z punktu położniczego nasuwa się sprawa wskazania do przerwania ciąży przy ostrym napadzie jaskry. Ze strony oka jest mało wskazań do przerwania ciąży. Według Schauta wskazanie takie może stanowić: oderwanie siatkówki, białkomoczowe zapalenie siatkówki, mocznicowe oślepnięcie, a według Fejera krótkowzroczność wysokiego stopnia 20 — 30 D *(myopia perniciosa)* i wrzody rogówki, gdy ich postępu nie można powstrzymać, według Grzywo-Dąbrowskiego schorzenia nerwu wzrokowego, wytrzeszcz dużego stopnia przy chorobie Basedowa, zapalenie miąższowe rogówki na tle swoistem, schorzenia siatkówki i nerwu wzrokowego przy cukrzyczy, a według Szwarca jaskra prosta w niektórych jej postaciach. Jaskra zapalna nie była przedmiotem roztrząsania z tego punktu widzenia, gdyż dotychczas nie spotykano jej w ostatnich miesiącach ciąży. Naszym zdaniem nie może ona stanowić wskazania do przerwania ciąży, gdy jest jeszcze czas na wykonanie operacji, chyba gdy jest jaskra przewlekła i bardzo mała ostrość wzroku, wówczas mogłoby być wskazanie w zależności od przypadku. W naszym przypadku jaskra była w 8 miesiącu ciąży i dała się jeszcze na czas przeprowadzić operacja. Ewentualnie przy konserwatywnem leczeniu pilokarpiną należy próbować opanować napad jaskry, gdyby nie było czasu na wykonanie operacji.

Opisany przypadek pierwotnej jaskry zapalnej, spowodowanej ciążą w ostatnich miesiącach jest pierwszym w piśmiennictwie i budzi zainteresowanie nie tylko okulisty, ale również lekarza chorób kobiecych.

Piśmiennictwo.

1) A. Meesmann: Archiv. f. Augenh. 97. 1926. — 2) Hertel: Klin. Mon. f. Augenh. B. 10. S. 391. — 3) Annal. oculist. T. 160. S. 873. — 4) Meesmann: Arch. f. Augenh. B. 94. S. 119. — Tenże: Die Mikroskopie des lebenden Auges. 1927. — 6) Jasiński: Klinika ocz. Nr. 99. 110. 1927. — 7) Groenouw: Beziehungen. 1920. — 8) Mesirow: Amer. Journ. of opht. B. 10. Nr. 5. 1927. — 9) Bailliart-Hartmann: Annal d'oculist. T. 146. Z. 7. 1927. 10) Majewski: Przegląd lekarski. Nr. 20 — 24. 1910. — 11) Gałęzowski: Rec. d'opht. L. 365 — 375. 1874. — 12) Landsberg: Arch. f. opht. 14. 1. S. 195 — 208. 1878. — 13) Tenże: Philadelphia Med. Times 7. Nr. 253. Contribution to the pathology of childbed. 1878. — 14) Grzywo-Dąbrowski: Wykłady lekarskie. Nr. 5 — 6. 1926. — 15) Nieden: Klin. f. Aug. S. 420. 1891. — 16) Machek: Klin. Mon. f. Augenh. S. 422. 1883. — 17) Guttmann: Die Blutungen des Sehorgans. 1901. — 18) Menacho: Klin. Mon. f. A. N. F. 7. 1909. — 19) Reich: Klin. Mon. f. A. S. 349. 1822. — 20) Pineles: Zentrblt. f. Aug. S. 235. 1906.

Dr. Teofil FLEKER. Lwów.

Próby z tymofizyną Temesvary'ego.

Z Oddz. poł.-gin. Okręg. Zw. Kas Chorych.
Prymarjusz: Dr. M. Seidler.

Przypadki pierwotnie leniwych bolów porodowych, oraz osłabienie lub zupełne ustanie bolów po rozpoczęciu czynności porodowej są dobrze znane ogółowi specjalistów i praktycznych lekarzy. Przypadki te, szczególnie częste u starszych pierwiastek i osób otyłych, nie mają, przy utrzymanym pęcherzu płodowym, większego znaczenia, pomijając deprymujący i przykry dla rodzącej stan przeciągającego się porodu. Inaczej przedstawia się sprawa w razie pęknięcia pęcherza płodowego: łatwość zakażenia rodzącej przy długotrwałym porodzie, nader niekorzystny wpływ na dziecko — stanowią w tym wypadku momenty poważne, przemawiające za ukończeniem porodu i zmuszają lekarza do interwencji. Stosuje się wówczas bodźce mechaniczne, termiczne (gorące kąpiele), oraz chininum sulfur, refracta dosi, podając 1,0 — 1,20 g w ciągu godziny. W wielu wypadkach środki te są skuteczne, powodują wydatne wzmożenie czynności porodowej i prowadzą do ukończenia porodu. Pozostaje jednak cały szereg przypadków opornych, wobec których lekarz stawał bezradny. Próbowano wyzyskać fizjologiczne działanie wyciągu tylnego płata przysadki mózgowej, który wywołuje silne skurcze macicy. Okazało się jednak, że ten środek do szerszego zastosowania się nie nadaje. Wrażliwość na preparaty przysadkowe jest indywidualna i bardzo rozmaita: dawka, wystarczająca w niektórych przypadkach, w innych okazuje się nieskuteczna — stąd trudność dawkowania. Wyciąg przysadki powoduje podwyższenie parcia krwi, jest przeto przeciwwskazany przy rzucawce porodowej, chorobach serca i nerek. Wreszcie wzgląd najpoważniejszy: skurcze macicy, wywołane wyciągiem przysadki, są bardzo silne, często o charakterze tężcowym, zagrażają przeto poważnie życiu dziecka. Prawie stale obserwuje się po injekcji preparatu przysadki nagłe pogorszenie się tętna płodu, tak, że przyjęła się zasada wstrzykiwania preparatu tylko wtedy, gdy istnieją możność i warunki natychmiastowego operacyjnego ukończenia porodu (niemiecka „Zangenbereitschaft"). Znane są jednak i takie przypadki, gdzie mimo natychmiastowej interwencji płód urodził się nieżywy.

Ostatnio podjęliśmy próby wstrzykiwania i kumulowania małych dawek Pituglandolu „Roche". W przypadkach wybranych wstrzykiwaliśmy w odstępach 20 min., przy ścisłej kontroli bólów i tętna płodu, po 0,2 preparatu domięśniowo do czasu wystąpienia silnych bolów. Zbyt skąpa ilość przypadków nie pozwala nam jeszcze na sprecyzowanie zdania, dotychczasowe nasze wyniki są jednak wcale zachęcające.

W każdym razie zakres stosowania preparatów przysadki jest dość ograniczony, ich użycie kryje w sobie pewne niebezpieczeństwo, wobec czego do ogólnego praktycznego użytku się nie nadają.

W opisanym stanie rzeczy stanowi podana przez Temesvary'ego, a produkowana przez „Chemosan" tymofizyna, pożądane wzbogacenie naszego arsenału leczniczego.

Tymofizyna jest połączeniem wyciągu przysadki z wyciągiem grasicy. Dodatek grasicy osłabia gwałtowne działanie przysadki na macicę, to też bóle, wywołane przez tymofizynę, mają charakter rytmicznych, a zatem fizjologicznych skurczów. Wyciąg grasicy obniża ciśnienie krwi (Svehla, Basch, Parisot, Sheen, Vincent, Bingel, Strauss) przyczem część autorów uważa to działanie za nieswoiste; w każdym razie grasica niweczy podniesienie parcia, wywołane wyciągiem przysadki, kombinację tę można więc stosować także w przypadkach wzmożonego parcia krwi. Pozatem dodatek grasicy zwiększa wydatność skurczów macicy, działając synergetycznie z wyciągiem przysadki, a zarazem hamująco na zmęczenie mięśnia macicznego.

Tymofizyną posługujemy się od przeszło roku. Dotychczasowa trudność w nabywaniu tego leku nie pozwoliła nam niestety zebrać większego materjału, tak że doświadczenie nasze opiera się jedynie na skromnem zestawieniu 46 przypadków. Wyniki nasze są jednak po części tak przekonywujące, że poczuwamy się do obowiązku podzielić się naszemi spostrzeżeniami z ogółem lekarzy.

Jako niezbędny warunek stosowania przyjęliśmy brak niestosunku porodowego i używaliśmy tymofizyny tylko w przypadkach, w których był spodziewany poród per vias naturales. Dla wypróbowania działania leku, stosowaliśmy go początkowo tylko u wieloródek, u których w ciągu porodu przyszło do osłabnięcia bólów, a zarazem były warunki do ewentualnego operacyjnego ukończenia porodu. Przekonawszy się następnie o skuteczności, a przedewszystkiem nieszkodliwości środka, przeszliśmy do stosowania go w okresie rozwierania ujścia i przy pierwotnie leniwych bolach, także u pierwiastek. Co do dawkowania, to powodowani, przesadną być może, przezornością, nabytą w doświadczeniach z preparatami przysadki, byliśmy bardzo ostrożni: dawaliśmy 0,5 do 1,0 ccm domięśniowo. Dawkę, podaną przez Temesvary'ego (2,0), uważamy zgodnie z szeregiem autorów zagranicznych (Demuth, Liebe, Graff) za zbyt dużą, stosowana bowiem przez nas dawka okazała się w większości przypadków wystar-

czająca, i woleliśmy ją raczej po pewnym czasie powtórzyć, aniżeli odrazu wstrzyknąć całą dawkę. Bóle po injekcji występowały w 5 — 10 minut i w odstępach 2 — 3 min. powtarzały się i trwały przeciętnie przez 2 — 3 godzin. O ile do tego czasu poród nie był ukończony, ponawialiśmy dawkę, nie wstrzykiwaliśmy jednak nigdy więcej, jak łącznie 2 ccm. W przypadkach korzystnych tymofizyna, wstrzyknięta w okresie rozwierania ujścia, powodowała ukończenie porodu w przeciągu 3 — 4 godzin.

Dość często obserwowaliśmy, że pierwsze bóle po injekcji były bardzo gwałtowne, tętno płodu stawało się nieregularne i wolne. Zaniepokojeni początkowo tymi objawami i gotowi już nierzadko do operacyjnego ukończenia porodu, przekonaliśmy się jednak, że symptomy te nie mają tak groźnego znaczenia, jak przy preparatach przysadkowych; późniejsze bóle stawały się regularne, rytmiczne, tętno płodu wracało do normy. Tę gwałtowność działania tłumaczy T e m e s v a r y wpływem wyciągu przysadki, który działa szybciej niż wyciąg grasicy. Jak już przedtem wspomniałem, wrażliwość na hypofizę jest rozmaita, toteż te silne skurcze macicy bynajmniej nie są zjawiskiem stałem, a zdarzają się raczej u osób, szczególnie wrażliwych.

Podobnie istnieje u pewnych osobników zmniejszona wrażliwość na wyciąg przysadki, co wykazał w doświadczeniach na zwierzętach G u g g e n h e i m, który wstrzykiwał Pituglandol do żyły udowej i stwierdził, że niektóre zwierzęta zupełnie nie reagowały. Ta niewrażliwość tłumaczy oporność pewnych przypadków na tymofizynę. W przypadku B u r c k h a r d a przyczyną niepowodzenia było nadmierne rozciągnięcie mięśnia macicznego wskutek ciąży bliźniaczej. Podobnie ma się rzecz przy nadmiernej ilości wód płodowych (hydramnion), która przez niektórych autorów jest nawet uważana za przeciwwskazanie dla tymofizyny.

We wszystkich naszych przypadkach osiągnęliśmy pożądany efekt t. j. wystąpienie regularnych, rytmicznych skurczów macicy. Jeżeli mimoto w zestawieniu naszem mieści się znaczny stosunkowo odsetek niepowodzeń, za jakie uważać można porody, ukończone operacyjnie, to pomijając małe, w związku z indywidualną wrażliwością może niewystarczające, dawkowanie, przypisałbym te niepowodzenia raczej niewłaściwemu użyciu, aniżeli samej tymofizynie. Kierując się bowiem względami przesadnej ostrożności, stosowaliśmy początkowo tymofizynę dopiero po długim czasie trwania porodu i po wyczerpaniu innych środków, jak zaś wynika z badań na zwierzętach wyciąg grasicy działa hamująco na zmęczenie mięśnia macicznego tylko wtedy, gdy mięsień ten nie jest jeszcze przemęczony (M ü l l e r i d e l C a m p o) i nie przyszło do toksycznego uszkodzenia mięśnia w czasie długotrwałego porodu (K e r m a u n e r). Bliższa analiza naszych 8-miu operacyjnych (kleszczowych) porodów w zupełności potwierdza to tłumaczenie.

We wszystkich tych przypadkach zastosowano tymofizynę już po długim czasie trwania porodu, efekt był krótkotrwały, a kleszcze zakładano z powodu braku bólów partych i zupełnego wyczerpania rodzącej. Mamy nadzieję, że przez wczesne użycie tymofizyny uda się nam w przyszłości wydatnie zmniejszyć ten odsetek operacyjnych porodów.

Jak wynika z powyższego właściwym momentem dla zastosowania tymofizyny jest okres rozwierania ujścia. Nie znaczy to, by środek ten był przeciwwskazany w późniejszych okresach porodu, osiągnęliśmy bowiem dobre wyniki także w okresie wypierania; warunkiem jest jedynie, by poród nie trwał jeszcze zbyt długo i mięsień maciczny nie był jeszcze przemęczony. W tych ostatnich przypadkach należy, o ile stan matki i dziecka na to pozwala, dać rodzącej odpoczynek. W tym celu wstrzykuje się 0,01 do 0,015 Morphii mur. podskórnie. Tymofizyna zastosowana po takiej kilkugodzinnej przerwie w bolach, daje często nadspodziewany efekt.

Własnych doświadczeń z przypadkami opornymi, o jakich donoszą niektórzy autorowie (D e m u t h, T e m e s v a r y, G r a f f), nie mamy. D e m u t h radzi w tych przypadkach uczulić macicę przez założenie do kiszki stolcowej balonu, napełnionego 150 cm³ gorącej wody. Zastosowana w godzinę potem injekcja tymofizyny prowadzi zwykle do celu, o ile oczywiście nie mamy do czynienia z wspomnianą już niewrażliwością na tymofizynę. Celem uczulenia macicy O s t r c i l zaleca wstrzykiwanie Strychninum nitr. (3 razy po $^1/_3$ mg w odstępach $^1/_2$ godzinnych.

Ujemnego wpływu tymofizyny na przebieg III-ego okresu porodowego nie obserwowaliśmy. We wszystkich przypadkach łożysko odeszło samoistnie lub za lekkim uciskiem. W jednym przypadku wykonano skrobankę z powodu pozostania kawałka łożyska. W jednym przypadku spostrzegano krwotok w III-cim okresie porodowym i po odejściu łożyska. Przypadek ten dotyczył 42-letniej pierwiastki (!), u której stwierdzono w dnie macicy obecność włókniaka podsurowiczego, wielkości orzecha włoskiego.

Jedyny nasz przypadek urodzenia się płodu nieżywego po użyciu tymofizyny dotyczył porodu, powikłanego rzucawką porodową. Przywieziono wieczorem na oddział wieloródkę, lat 36 (L. prot. 297/28) z obrzękami kończyn dolnych i silnymi bólami głowy. W moczu białko obecne w ilości 3‰, w osadzie liczne wałeczki szkliste, pojedyncze krwinki. Ciśnienie krwi wynosi 170 mm Hg. Według wywiadów i stanu koniec ciąży, bóle słabe. Pęcherz płodowy pękł przed godziną. W 15 minut po przyjęciu atak drgawek, połączony z sinicą, trwający 10 minut. Po napadzie brak przytomności przez 15 min. Zastosowano leczenie objawowe wedle S t r o g a n o f f a oraz wstrzyknięto 0,5 tymofizyny przy utrzymanej części pochwowej i ujściu rozwartem na 2 palce. Po 10 min. wystąpiły regularne bóle, przyczem chora śpi głęboko. Po 2 godz. powtórzono injekcję (0,75). Przez całą noc dość dobre bóle, chora często się budzi, podmiotowo odczuwa bóle. Tętno płodu dobre. O godzinie 8-mej rano bóle słabe tętno płodu słyszalne, bardzo głuche. Wstrzyknięto 0,75 tymofizyny. Po $^1/_2$ godz. samoistny poród, płód urodził się omdlały i nie dał się docucić. Jest rzeczą wątpliwą, czy wobec znanej dużej śmiertelności dzieci z powodu rzucawki, obciążyć należy tym przypadkiem statystykę tymofizyny, tembardziej, że podawane rodzącej środki narkotyczne nie mogły pozostać bez wpływu na płód. To stosowanie środków narkotycznych tłumaczy również dość słabe w tym wypadku działanie tymofizyny.

Uszkodzenia części miękkich nie są częstsze, jak przy zwykłych porodach. Obrażeń szyi wogóle nie spostrzegaliśmy. 1 raz powstało pęknięcie krocza II-go stopnia, 1 raz nacięto krocze, pomijając oczywiście porody kleszczowe, przy których zasadniczo nacinamy krocze.

Dla zobrazowania działania tymofizyny pozwolę sobie przytoczyć kilka szczególnie charakterystycznych przypadków:

P. D., wieloródka, lat 26, L. prot. 291/28. Pierwszy poród długi, ciężki, dziecko po 2 dniach zmarło. II-gi poród — dziecko sine, zmarło zaraz po porodzie. Badanie wykazuje wymiary miednicy prawidłowe, część pochwowa zanikła, ujście zewnętrzne rozwarte na 3 palce, pęcherz płodowy utrzymany, główka nad wchodem. Bóle słabe. Zastosowano chininę bez efektu. Po injekcji 1 cm³ tymofizyny nastąpił po 2 godz. poród żywego, donoszonego płodu.

H. S., pierwiastka, lat 30, L. prot. 716/28. Bóle porodowe od 48 godzin, pęcherz płodowy pękł bezpośrednio po rozpoczęciu bólów. Obecnie od 3 godzin ukazuje się główka w szparze sromowej. Bóle słabe, tętno płodu dobre, temperatura rodzącej normalna. Injekcja tymofizyny pozostawała bez efektu, jak również zawiodła próba wygniecenia płodu sposobem K r i s t e l l e r a. Poród ukończono kleszczowo.

K. W., pierwiastka, lat 31, L. prot. 744/28. Bóle porodowe od 32 godzin, pęcherz płodowy pękł w krótki czas po rozpoczęciu bólów. Bóle słabe, nie wzmagają się również po gorącej kąpieli i podaniu chininy. Przy ujściu prawie zupełnie rozwartem główka przeszła wchód większym odcinkiem. Wstrzyknięto 1 cm³ tymofizyny. Po 20 min. poród samoistny — płód żywy.

K. M., pierwiastka, lat 42, L. prot. 226/29. Po 24 godz. czynności porodowej główka zstąpiła na dno miednicy, bóle zupełnie osłabły. Po injekcji 0,75 tymofizyny nastąpił w przeciągu pół godziny poród.

A. Cz., pierwiastka, lat 30, L. prot. 282/29. Bóle porodowe rozpoczęły się przed 3-ma dniami — po pęknięciu pęcherza płodowego. Nasilenie bólów od tego czasu się zmieniało, chwilami bóle bardzo słabe lub zupełnie ustają. Badanie wykazuje wymiary miednicy prawidłowe, część pochwowa zanikła, ujście zewnętrzne rozwarte na 3 palce, główka przyparta do wchodu, daje się odepchnąć, przedgłowie wielkości małego jabłka. Temperatura rodzącej 37,7, tętno płodu dobre. Injekcja tymofizyny spowodowała tylko krótkotrwałą poprawę bólów. Wieczorem wstrzyknięto 0,015 Morph. mur., poczem bóle ustały i rodząca całą noc spała. O godz. 5,30 rano injekcja 1 cm³ tymofizyny, o godz. 6,20 poród żywego dziecka.

M., pierwiastka, lat 29, obserwacja pryw. Pęcherz płodowy pękł przed rozpoczęciem bólów, bóle bardzo słabe. Podano chininę, lecz bóle przez cały dzień i następną noc nie wzmogły się. Badanie o godz. 11-tej przed południem wykazuje ujście rozwarte na $1^1/_2$ palca, główka przyparta do wchodu. Wstrzyknięto 1,0 tymofizyny — o godz. 13,30 poród był ukończony.

M. Ch., pierwiastka, lat 24, L. prot. 290/29. W 3 godz. po pęknięciu pęcherza bóle słabe, badanie wykazuje: część pochwowa

zanikła, ujście zewnętrzne rozwarte na 3 palce, główka we wchodzie ustalona. Wstrzyknięto 0,5 tymofizyny, po pół godz. poród.

Tymofizyna jest zatem środkiem, który w pewnych przypadkach oddaje znaczne usługi. Chciałbym tu jeszcze podnieść znaczenie tymofizyny dla ogólnej śmiertelności dzieci *intra partum*. Jak wynika z rozmaitych statystyk, szereg dzieci ginie wskutek przeciągającego się porodu. I tak Seitz podaje, że przy okresie wypierania, trwającym 2 godziny, rodzi się 0,8% dzieci nieżywych, po 4 godz. śmiertelność wynosi już 2,7%. Herff spostrzegał na 1200 samoistnych porodów 1,8% płodów nieżywych, u których śmierć nastąpiła z powodu długotrwałego porodu. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że uzyskane dzięki tymofizynie skrócenie czasu trwania porodu nie pozostanie bez wpływu na tę śmiertelność, jak również zaoszczędzi niejednego porodu operacyjnego.

Tymofizyna może być użyta w każdym okresie porodowym, koniecznym warunkiem jej działania jest jednak rozpoczęcie czynności porodowej, na macicę bowiem ciężarną tymofizyna nie działa. Tę okoliczność można też wyzyskać dla celów rozpoznawczych, a mianowicie dla odróżnienia bolów ciążowych od porodowych.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

G. Roederer: *Orthopedie. Tuberculoses Chirurgicales.* G. Doin. Paris. Str. 459.

Książka ta w małym, wygodnym dla praktyka formacie — zawiera streszczone wiadomości z ortopedji i gruźlicy chirurgicznej. Autor bardzo umiejętnie i obrazowo przytacza rzeczy ważniejsze dla praktyka i bardziej potrzebne. Niekóre działy pracy są opracowane bardzo sumiennie (*coxa vara, luxatio coxae cong., scoliosis* i t. d.), jednak na niekorzyść innych równie ważnych jak gruźlica stawów i kości. W poprzednich stara się autor wyjaśnić nawet tak proste rzeczy, jak cięcie i robienie opasek, w drugiej natomiast ogranicza znacznie omówienie leczenia i wskazań do zabiegu, co jest tem bardziej ważne, że lekarz - praktyk częściej ma z tem do czynienia, niż np. z leczeniem skrzywień kręgosłupa, które zwykle odstępuje chirurgowi - specjaliście.

Podział pracy poza wspomnianą nierównomiernością jest przejrzysty. Napisana przystępnie i lekko umożliwia zrozumienie jej nawet przez początkujących w języku francuskim.

Janik (Lwów).

Serge Huard: *Les accidents de la cholecystectomie.* Masson. Paris. 1929. Str. 116.

Mała ta książka oddaje wielką przysługę chirurgji dróg żółciowych. Autor wziął sobie za cel wyjaśnienie przyczyn niebezpiecznych wypadków, jakie mają miejsce po wycięciu pęcherzyka żółciowego. Dlatego też uwzględnia dokładnie stosunki anatomiczne dróg żółciowych, a głównie ich nieprawidłowości, które zaleca każdemu chirurgowi mieć na uwadze podczas zabiegu. Na podstawie zbyt częstych nieprawidłowości dróg żółciowych odnosi się autor krytycznie do klasycznego sposobu wycinania pęcherzyka zwłaszcza w przypadkach ciężkich, w których zaleca swój sposób, który ma być bardziej pewny i bezpieczny. Polega on na oddzieleniu pęcherzyka sposobem podsurowiczym z podwiązaniem odgałęzień t. pęcherzykowej w pobliżu przewodu wspólnego, omijając sam pień tętnicy. Podwiązanie przewodu pęcherzykowego jest przy tym sposobie łatwe. Sposób ten którego szczegóły najlepiej przeglądnąć w oryginale zabezpiecza przed niebezpiecznymi wypadkami, jakie się zdarzają po wycięciu pęcherzyka a głównie przed podwiązaniem prawej t. wątrobowej.

Dokładne uwzględnienie powikłań i warunków wśród jakich się one zdarzają podnosi znacznie wartość pracy.

Janik (Lwów).

Kahlfeld-Wahlich: *Bakteriologische Nährboden-Technik.* Wydanie 2 z przedmową Prof. Dra O. Schiemanna, kierownika pruskiego instytutu dla chorób zakaźnych Roberta Kocha w Berlinie. Fischers Medizinische Buchhandlung 1929. Str. 167.

Podręcznik zawiera szereg praktycznych wskazówek głównie dla pracowników laboratoryjnych, podanych w sposób wyczerpujący. Autorowie podzielili książkę na część traktującą o pożywkach ciekłych, pożywkach stałych; w osobnym rozdziale omawiają szczegółowo przygotowywanie ogólne pożywek, podając jasno i przejrzyście metodę oznaczania odczynu pożywki przy pomocy określania pH metodą porównawczą Michaeliego. Dużo miejsca poświęcają przyrządzaniu barwików, przygotowaniu histologicznemu, konserwowaniu preparatów. Obszernie ujęty jest rozdział o sterylizowaniu, oczyszczaniu zakażonego materjału, przygotowywaniu wyciągów dla odczynu Wassermanna; podręcznik obfituje w cały szereg wzmianek, jak należy się obchodzić z autoklawą, centryfugą, termostatem i wodną łaźnią.

Niektóre rozdziały nie uwzględniają nowszych zastosowań, ogólnie przyjętych w pracowniach bakterjologicznych. Rozdział o pożywkach nie uwzględnia pożywek gruźliczych Petroffa, Hohna oraz aminokwasowych (trzustkowych) i in. Zbyt ogólnikowo i za mało przedstawiony jest ustęp o wyciągach dla odczynów surowiczych gruźlicy (autorowie podają jedynie metody Kahna i Blumenfelda nie uwzględniając szeregu metod innych jak np. Besredki, Wassermanna, Neuber - Klopstocka). Dobrze przedstawione są wskazówki ogólne tyczące się zachowywania porządku w pracowni bakterjologicznej. Dowcipnie i dosadnie ujęte są „Merkblätter" na końcu książki.

Solidne wykończenie książki, szereg ilustracyj, techniczne umożliwienie notowania własnych spostrzeżeń w książce, zwięzły, jasny styl niezawodnie przyczynią się do rozszerzenia tego jedynego w swoim rodzaju podręcznika.

Ungar (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Przegląd dentystyczny, rok IX, nr. 5, z maja 1929: M. Kalisz: O styczności brzeżnej wypełnień zębowych.

Ratownictwo, rok I, nr. 6, z czerwca 1929: Fr. Białokur: Postępowanie w razie ukąszenia przez wściekłego psa. — H. Śledziewski: O sztucznym oddechu i ratowaniu osób w stanie pozornej śmierci (dok.). — Uzdrowiska i letniska w Polsce (ciąg dalszy).

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 25, z 20-go czerwca 1929: H. Higier: Nerwice ogólne, psychonerwice narządowe we współczesnej medycynie wewnętrznej a racjonalne ich leczenie (dok.). — F. Michalec: W sprawie dodatniego odczynu Wassermanna w zwalniającem zapaleniu wsierdzia (endocarditis lenta) bez zakażenia kiłowego. — St. Kramsztyk: Nowe kierunki w nauce o żywieniu (streszcz. zbior. dok.). — B. Ostromęcki: Zdrowotność publiczna w samorządach województwa Kieleckiego w okresie dziesięciolecia 1919—1928.

Przemysł Chemiczny, r. 1929, nr. 12, z czerwca 1929: W. Dominik: Zagadnienie azotowe w Polsce na tle mapy źródeł energji.

Nowiny Lekarskie, rok XLI, zeszyt 12, z 15 czerwca 1929 r.: A. Wrzosek: Napoleon Cybulski (1854—1919). — N. Cybulski: Uwagi w sprawie organizacji Uniwersytetów w Polsce. — Fr. Czubalski: Fizjologiczne działanie adrenaliny i jej znaczenie podczas duszenia. — R. J. Leszczyński: O niektórych jadach sympatomimetycznych. — L. Zbyszewski: O występowaniu odruchu zatoki tętnicy szyjnej (carotis sinus - reflex Heringa) pod wpływem bodźców termicznych.

Przegląd ubezpieczeń społecznych, rok IV, zeszyt 4, z 1 kwietnia 1929: B-i: „Pomoc lekarska Magistratu st. m. Warszawy". — E. Birszowski: Zagadnienie pracy zawodowej kobiety a ubezpieczenie społeczne. — Wyrok Sądu Najwyższego w sprawie umowy z lekarzanami w Kasie chorych m. Warszawy. — R. T.: Instrukcja w sprawie dokonywania przez Kasy chorych rozrachunku ze Skarbem Państwa na mocy art. 48 ustawy z dnia 19 maja 1920 r. J. K.: Ustawa belgijska o ubezpieczeniu pracowników umysłowych.

Dziecko i matka, rok IV, nr. 12, z 15 czerwca 1929: E. Szelburg-Zarębina: Wiersz „Szczeniątka". — M. Jacynówna: Z badań nad mową. — M. Benisławska: Matka jako sędzia. L. Krzemieniecka: Urwis. — J. Prażmowska: Jak zająć dzieci w czasie deszczu? — M. Wąsowicz-Sopoćkowa: Wychowanie estetyczne. — M. Morzkowska: Odżywianie dziecka w drugim roku życia. — M. Dziadyk-Kłosińska: Kąpiele morskie. — M. Urszula Niepokoyczycka: O zakaźnych schorzeniach skóry. — Matki między sobą.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 25, z czerwca 1929: I Zjazd aptekarzy słowiańskich. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

Wiadomości weterynaryjne, rok XI, czerwiec 1929, tom VII, nr. 107: St. Runge i Boł. Witkowski: Zjawisko galaretowacenia przesączów jądrowych z zawartością torbieli jajnikowych.

Polska Dentystyka, rok VII, nr. 3, za maj - czerwiec 1929: J. Jarząb: Klinicznie niestwierdzone kostniaki szczęki powodem utrudnienia ekstrakcji zęba. — A. Cieszyński: O zakażeniu ropnem, ropowicach szczękowych i ich leczeniu (część I).

Przemysł Cchemiczny, rok 1929, nr. 13, z lipca 1929: Zeszyt poświęcony sprawom drugiego Zjazdu Chemików Polskich w Poznaniu 2—5. VII. 1929.

Medycyna, jako numer 1 dwutygodnika, z 1 lipca 1929: L. Michniewiczówna i J. Roguski: O leczniczem działaniu przesączu Besredki w cierpieniach ocznych. — A. Kaczyński: Przypadek choroby Derkuma. — L. Ligęza: O rozpoznawaniu ostrych spraw zapalnych gardła. — H. Kłuszyński: Z międzynarodowego terenu pracy nad reumatyzmem. — M. Zweigbaum: Wspomnienie pośmiertne o L. Bondym.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 26, z 27 czerwca 1929: L. Endelmann: Zaćma starcza i jej leczenie nieoperacyjne. — A. Landau, J. Glass i St. Kaminer: Spostrzeżenia kliniczne nad przewężeniem przewodu pokarmowego. Przypadek przewlekłej niskiej niedrożności jelitowej, przebiegający z hipochloremją, azotemją i kwasicą. — S. Tennebaum: Przypadek ciężkiej krwawiączki. — N. Zandowa: Nowe poglądy na rolę płynu mózgo - rdzeniowego w patogenezie chorób (streszcz. zbior.). — B. Ostromęcki: Zdrowotność publiczna w samorządach województwa Kieleckiego w okresie dziesięciolecia 1919—1928 (dck.).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

Piśmiennictwo czeskie.

Bratislavské Lekárske Listy.

Rok IX. Zeszyt 3. Marzec 1929 r.

Doc. Sumbal: *Aneurysma arterio - venosum*. Symptomatologja tętniaka tętnico - żylnego przypomina pod wieloma względami symptomatologię niedomykalności zastawek tętnicy głównej powikłanej z otwartym przewodem Botalla. Przypadek opisany ciekawym jest zwłaszcza z tego względu, że podane jest szczegółowe badanie fizykalne, elektrokardjologiczne i roentgenologiczne z okresu przed i po - operacyjnego. Przypadek tyczy się 30-letniego mężczyzny, który otrzymał w r. 1915 postrzał w lewe kolano. Operowany był na klinice Prof. Koszliwego. Ze zmian wywołanych przez operację należy wymienić głównie: Akcja serca znacznie zwolniona. Amplituda tętna zmniejszyła się znacznie. Tętnienie naczyń włoskowatych znikło. Również zmiany w ciśnieniu krwi były uderzające. Serce osiągnęło prawidłową wielkość. Zmiany przysłuchowe i dotykowe nad ujściem tętnicy płucnej znikły, również nad aortą.

F. Parlica: *Chorionepithelioma testis*. Patologiczno - anatomiczny opis 3 przypadków z dokładnym rozbiorem drobnowidowym. Pierwszy przypadek tyczył się kryptorchizmu prawostronnego i chorionepitheliomu złośliwego u 27-letniego mężczyzny, wychodzącego z prawego ukrytego jądra z licznymi przerzutami w płucach i wątrobie. Drugi przypadek: 25-letni mężczyzna, u którego badano jądro po wycięciu. Autopsja: stan po lewej semikastracji przemawiał za chorionepitheliomem złośliwym. Kryptorchismus prawostronny z zatrzymaniem pachwinowem. Przerzuty do płuc, wątroby, lewego nadnercza i gruczołów poza - otrzewnowych. Puchlina nerkowa lewa z powodu ucisku moczowodu nowotworem. Ucisk tętnicy brzusznej. W trzecim przypadku u 28-letniego mężczyzny wykazano przy autopsji: chorionepithelioma lewego jądra. Przerzuty do płuc wątroby, mózgu, nerek, gruczołów chłonnych, siatkówki prawego oka i skóry. W 2 zatem przypadkach istniał równocześnie kryptorchismus. Teratomu nie znaleziono w żadnym z 3 przypadków. Pierwszy i trzeci przypadek nie był z powodu wielkości nowotworu badany w serjach.

A. Fabian: *Odczyn zmętnienia Meinickego w osoczu*. M. T. R.[1]) w osoczu da się przeprowadzić podobnie jak w surowicy. Daje wyniki poniekąd lepsze, aniżeli M. T. R. w surowicy luetycznych przypadków, nie osiąga jednak liczby dodatnich R. B. W.

---

[1]) Meinicke - Trübungs - Reaction.

E. Haleczý: *Przepuklina ligamenti lacunaris pectinea incarcerata*. Krótki opis tych rzadkich przepuklin oraz opis przypadku. Chora była operowaną niedawno z powodu ileus, prawdopodobnie już w tym okresie wystąpiło uwięzgnięcie przepukliny, która się po lędźwiowem znieczuleniu uwolniła a pozostało tylko wtórne skręcenie. Przy drugiej operacji znaleziono przepuklinę, której worek przebił lig. lacunare Gimbernati i przedostał się pod fascia pectinea, gdzie między włóknami musculi pectinei wytworzył się worek wielkości orzecha. Worek był zrośnięty z lig. lacunare. Przeprowadzono plastykę wewnętrznego otworu przepuklinowego a po zamknięciu rany laparotomijnej worek częściowo usunięto i przeprowadzono plastykę secundum Föderle - Kostliwy.

Rok IX. Zeszyt 2. Luty 1929 r.

Fridrichowský: *Prof. Dr. Adolf Mach*.

J. Kostlivý: *Przyczynek do patogenezy nowotworów kostnych oblicza*.

R. Kadlický: *W kwestji chorób ocznych pochodzenia odontogenicznego*. Choroby zębów mogą wywołać cały szereg chorób ocznych bądź wprost per continuitatem bądź drogą przerzutową. O tę drogę ostatnią toczy się zawzięty spór. W rzeczywistości nie jest ona tak częsta, jak się przypuszcza. Autor opisuje przypadek, w którym równocześnie wystąpiło ropne zapalenie okostnej z wpadnięciem obcego ciała, pyłku żelaznego, które ugrzęzło w pobliżu corpus ciliare. Aczkolwiek w jamie ustnej toczył się proces ropny, nie nastało zakażenie w oku, gojenie się zębnego procesu nie miało żadnego wpływu na przebieg rany ocznej. Mimo, że przypadek ten przemawia przeciwko odontogenicznemu pochodzeniu ocznych chorób, to przecież autor w niektórych, lecz bardzo rzadkich przypadkach uznaje je.

Prof. B. Wiškowský: *Powikłane zapalenia jamy szczękowej i osteoperiostitis szczęki górnej pochodzenia zębnego*.

Prof. Koch: *Przyczynek do operacji rozszczepu podniebienia*. Nowożytne operacyjne metody rozszczepu podniebienia opierają się na metodzie Langenbecka, kombinowanej rozlicznemi fazami innych metod. Optimum okresu operacyjnego dla rozszczepu podniebienia przypada na koniec pierwszego i początek drugiego roku, więc na okres, w którym dziecko zaczyna tworzyć mowę. Okolicznościom, że dzieci często przychodzą do operacji późno, przypisuje autor winę, iż wyniki nie zawsze bywają zadawalniające. Niektóre przeszkody operacyjne stara się autor usunąć przy pomocy własnej modyfikacji. Modyfikacja jego polega na tem, że cięcia mobilizujące prowadzone są nowym sposobem.

Doc. Fridrichowský: *Symetrja jamy ustnej*. Symetrję w jamie ustnej znajdujemy nietylko w stosunkach prawidłowych lecz również i patologicznych. W zboczeniach patologicznych może brać udział każdy twór w jamie ustnej. Autor omawia wpierw te zboczenia, które się tyczą zębów, następnie zmiany kostnych części ust, w końcu miękkich części jamy ustnej. Opisuje 24 przypadków. Zjawiska te powstają czasami na tle konstytucjonalnym, oddziedziczonym, wprzypadkach innych na podłożu nerwowem. Bardzo rzadko bywają zyskane.

J. Přenošil: *Sepsis jamy ustnej a dzisiejsze stanowisko dentystyki lekarskiej*. W sporze pro i contra sepsis ustnej autor skłania się „za". Radzi zwracać baczną uwagę na ropne procesy odgrywające się w jamie ustnej i postępować z wielką starannością podobnie jak n. p. przy ropnem zapaleniu migdałków. Profylaksja posiada w tym przypadku wielkie znaczenie. Głównym warunkiem jest utrzymać jak długo można witalność zęba. Już powstające schorzenie korzenia należy leczyć z wielką rozwagą. Caries zęba powinna być leczona w pierwszym okresie, w którym nie ma jeszcze schorzenia korzeniowego. Bardzo ważną jest higjena ogólna jamy ustnej.

V. Beseda: *Przyczynek do ekstrakcji złamanych korzeni*.

S. Rehákova: *Przyczynek do złamań żuchwy*.

Doc. J. Fridrichowský: *Używanie etetoniny w dentystyce*.

Dr. Ungar (Lwów).

Piśmiennictwo francuskie.

Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie.

1928.

J. Despons: *Cancer de l'amygdale*. Wyczerpujące studjum o raku migdałka podniebiennego. Szczególną uwagę zwraca autor na objawy początkowe: nieznaczne dolegliwości połykowe, bóle promieniujące do ucha, obrzęk gruczołów. Co do leczenia —

uważa autor, że każdy przypadek należy traktować indywidualnie. Naogół jednak porzuca się dziś metodę chirurgiczną i ogranicza się ją tylko do tych przypadków, w których guz rozwija się powierzchownie i nie daje w głębi zrostów. Inne przypadki należy leczyć metodami fizykalnemi. Na klinice Portmanna w Bordeaux postępuje się w sposób następujący: 1) Usunięcie gruczołów szyjnych i podszczękowych wraz z podwiązaniem tętnicy szyjnej zewnętrznej — w narkozie ogólnej, — 2) nakłucia radowe podniebienia miękkiego, — 3) naświetlanie radem lub Roentgenem od zewnątrz.

Georges Portmann: *Les spasmes vasculaires en otologie.* Na wstępie wykazuje autor trudności badania otologicznego: podczas gdy neurolog i aftalmolog mogą bezpośrednio stwierdzić kurcze naczyniowe, otolog musi je badać pośrednio przez wywołanie odczynów błędnikowych. — Przy kurczach naczyń usznych chodzi o zaburzenia naczyniowo - ruchowe i mogą one być przemijające lub stałe .Zaburzenia te stoją w bezpośredniej zależności od nerwów naczynio - ruchowych ucha t. j. od gałązek nerwu współczulnego.

W części ogólnej autor opisuje dokładnie unaczynienie poszczególnych części narządu usznego a w szczególności błędnika; przedstawia zależności normalnego obiegu krwi ucha od krążenia ogólnego a w szczególności od czynności nerwu współczulnego. Działanie tego nerwu względnie włókien naczynio - ruchowych na różne części narządu słuchowego można stwierdzić doświadczalnie i klinicznie przez zmiany koloru i temperatury ucha zewnętrznego i środkowego (błona bębenkowa) i przez zaburzenia czynnościowe w zakresie błędnika (szmery uszne i t. d.); przytem mają włókna szyjne nerwu współczulnego głównie wpływ na ucho zewnętrzne, zaś włókna około tętnicy szyjnej na ucho wewnętrzne.

Przecięcie nerwu współczulnego (zarówno włókien szyjnych jak i okołotętniczych) wywołuje rozszerzenie naczyń błędnika; czynnościowo objawia się ono przez obniżenie wrażliwości narządu przedsionkowego z powstaniem oczopląsu ku stronie zdrowej. Chodzi tu o ten sam proces, co przy odczynie kalorycznym: działanie termiczne miejscowe wywołuje, zależnie od temperatury, rozszerzenie lub zwężenie naczyń; te zmiany naczyniowo - ruchowe, a nie prąd endolimfy, jak podaje Barany — wywołują odczyn kaloryczny.

Z badań autora nad działaniem środków naczynio-ruchowych u człowieka wynika, że podskórne wstrzyknięcie adrenaliny wywołuje wzmożenie wrażliwości przedsionkowej, które można stwierdzić przez badanie odczynów obrotowych i kalorycznych. To działanie jest zrozumiałe, jeżeli się uwzględni, że adrenalina jest sympatykotonikiem, wskutek czego powoduje kurcz naczyń błędnikowych.

Wszystkie części narządu słuchowego mogą być siedzibą zaburzeń naczynio-ruchowych z odpowiedniemi objawami kliicznymi. — W zakresie ucha zewnętrznego spotykamy objawy choroby Raymanda i Weir-Mitchella; pierwsza spowodowana przez działanie nerwów zwężających naczynia, druga przez nerwy rozszerzające naczynia.

Dla ucha wewnętrzenego przedstawia kurcz naczyń jeden z najważniejszych czynników chorobotwórczych. Z krótkiego przeglądu różnych zaburzeń błędnika, w których odgrywają rolę zmiany naczynio-ruchowe, autor podkreśla pewne szczegóły: Zawrót głowy i szmery uszne bywają wywoływane bądźto przez zwężenie bądź przez rozszerzenie naczyń. Wszystkie badania doświadczalne i fakty kliniczne wykazują zgodnie, że rozszerzeniu naczyń odpowiada obniżenie, a zwężeniu naczyń — wzmożenie pobudliwości przedsionkowej, Głuchota może wystąpić przy niedokrwieniu błędnika; jeżeli nie trwa zbyt długo, może ustąpić przez odwrotną czynność naczynio-ruchowa.

Autor wyróżnia dwa zbiory objawów naczynio-ruchowych błędnikowych: a) zbiór naczyniokurczowy (angiospastyczny) z objawami: 1) szmery i zawroty głowy, 2) głuchota i zwiększenie pobudliwości przedsionkowej, 3) nadmierne napięcie (hypertonia) współczulne i b) zbiór vasodilatacyjny z tymi samymi objawami podmiotowymi, ale z obniżoną wrażliwością przedsionkową i ze zmniejszonem napieciem współczulnem. Te dwa syndromy chorobowe mogą też występować naprzemian u tego samego chorego.

Przyczyn tych zaburzeń należy szukać w czynności systemu nerwowego i gruczołów dokrewnych. — Leczenie tych stanów może być ogólne, (spokój, psychoterapja), fizykalne przez podawanie środków chemicznych (adrenalina, pilokarpina, ezeryna i t. d.), chirurgiczne (otwarcie worka cieczy błędnikowej).

Omówiłem nieco szerzej obszerną tę pracę, wypełniającą trzy numery czasopisma, ponieważ przynosi ona szereg ciekawych i nowych myśli. Autor opiera się na swych własnych doświadczeniach i badaniach, jednak omawia też dokładnie piśmiennictwo francuskie i obce. W młodej i zawiłej nauce o zaburzeniach naczynio-ruchowych w uchu — praca powyższa stanowi poważny etap w drodze do rozwiązania powyższego problemu.

M. Mounier — Kuhn: *Manifestations oculaires immédiatement consécutives aux interventions eudonasales. (Manifestations vasculaires).* Na podstawie 5 przypadków, w których po operacji wśródnosowej nastąpiła natychmiastowa poprawa złego wzroku, zastanawia się autor nad przyczyną tej nagłej zmiany bystrości wzroku. Po wykluczeniu innych przyczyn dochodzi do wniosku, że w grę wchodzi mechanizm nerwowy a mianowicie, że przez rozszarpanie tylnego końca muszli średniej, w której znajdują się liczne gałązki nerwowe, zniszczono wpływ naczyniowo - ruchowy na naczynia nerwu ocznego i siatkówki. Chodzi więc o usunięcie kurczu naczyń. To zgadza się z poglądem, że zaburzenia wzrokowe spotykane przy neuritis retrobulbaris są wywołane przez stan kurczowy naczyń siatkówki.

Albert Roig: *A propos d'un cas de tuberculome de la langue.* Przypadek dotyczy 52-letniej chorej, poprzednio zawsze zdrowej, u której stwierdzono twardy, dobrze ograniczony, mało ruchliwy guz na prawej połowie języka. Chora wygląda b. dobrze, brak jakichkolwiek objawów, przemawiających za gruźlicą lub kiłą. Rozpoznanie kliniczne wahało się między włókniakiem a guzem gruźliczym. Operacja: wycięcie klinowate i zaszycie; po kilku dniach wyleczenie. Histologiczne badanie wykazało tuberculoma.

Alfredo Orlandini: *Contributions au traitement de la tuberculose laryngée par voie endotrachéale.* Autor poleca wstrzykiwania wśródtchawiczne środków leczniczych (gomenol, guajakol, kreosot i t. d.) w roztworach oleistych. Autor stosuje tę metodę we wszystkich okresach gruźlicy krtani i osiągnął w wielu przypadkach wyleczenie krtani a nawet płuc; w innych wybitną poprawę. Metoda ta stoi wyżej od wszystkich innych sposobów leczenia gruźlicy krtani.

Roger Bertoin: *Syndrome hyperthermique postopératoire chez un nourisson. Guérison.* W ostatnich latach pojawiło się kilka publikacyj, opisujących nagłe i nieprzewidziane powikłanie u oseskόw, operowanych z powodu schorzenia wyrostka sutkowego. Dzieci te umierają w kilka godzin po zabiegu wśród objawów nadmiernej gorączki i niezwykłej bladości twarzy — bez jakiejkolwiek przyczyny miejscowej lub ogólnej, tłomaczącej wystąpienie tych objawów.

Autor opisuje podobne objawy u oseska 9-miesięcznego, u którego temperatura doszła po operacji do 41,3°. Po nakłuciu lędźwiowem poprawa; na drugi dzień groźne objawy; powtórne nakłucie znów z dobrym wynikiem. Dziecko wyzdrowiało. Autor odnosi wrażenie, że nakłucie lędźwiowe uchroniło chorego od niechybnej śmierci.

P. Guns: *Considérations bactériologiques sur l'ozène.* Autorowi udało się wyhodować z wydzieliny nosowej chorych na ozenę otoczkowce, produkujące w wielkiej ilości śluz. Jednak obecność tego zarazka nie wystarcza do wywołania ozeny, albowiem umiejscowiony w nosie prawidłowym lub zanikowym nie wywołuje żadnych następstw. Zdaje się więc, że w etjologji ozeny odgrywa rolę jeszcze inny czynnik ,chwilowo nam nieznany.

D. Mineff: *La topographie anatomique de l'antre pétro - mastoïdien.* Autor przeprowadził szereg badań na kościach skroniowych w celu dokładnego oznaczenia miejsca, przez które najlepiej dostać się do jamy sutkowej bez uszkodzenia zatoki poprzecznej i nerwu twarzowego. Poszukiwania autora wykazały, że wbrew klasycznemu zapatrywaniu — linja skroniowa nie powinna być miejscem orjentacyjnym; natomiast najstosowniejszym i najpewniejszym punktem wyjścia dla trepanacji jest kolec nadprzewodowy. (Spina supra metaum). W wypadkach, z których kolca tego brak jama sutkowa kości skalistej jest duża, powierzchowna i przedłuża się ku tyłowi. W wypadkach tych kolec ten zastąpić można przez punkt przecięcia linji poziomej, przeprowadzonej przez górną ścianę przewodu zewnętrznego z linją pionową, przechodzącą przez ścianę tylną przewodu.

Spira Józef (Kraków).

RUCH W STOWARZYSZENIACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

I Posiedzenie naukowe z dnia 25 stycznia 1929.

Przewodniczy Kol. Gąsiorowski.

Obrady zagaja przewodniczący kol. Gąsiorowski wezwaniem do współpracy zwłaszcza młdszych kolegów, tudzież podaniem głównych wytycznych formalnej strony obrad.

Po załatwieniu kilku spraw administracyjnych przystąpiono do porządku obrad.

1) Kol. Zalewski T. przedstawia i omawia *przypadek plastycznej operacji przetoki poantrotomijnej.* Po prepanacji wyrostka sutkowego błona śluzowa z jamy bębenkowej wrosła do jamy, powstałej po trepanacji, pokrywając ściany jamy. W ten sposób błona śluzowa była przeszkodą do zagojenia się rany pooperacyjnej. Błonę śluzową z jamy kostnej usunięto, a następnie płat z części miękkich, wzięty z okolicy po za uchem wsunięto do jamy kostnej w ten sposób, by oddzielić jamę bębenkową od jamy kostnej w wyrostku; płat wzięto z tkanki podskórnej. Jama kostna wypełniła się ziarniną dość dobrze i nastąpiło zupełne wygojenie.

2) Kol. Bocheński przedstawia i omawia *2 przypadki ciąży w szczątkowym rogu macicy.* Osoba 22-letnia, zamężna od 4 mies. Ostatnia miesiączka przed 3 mies. Nagle w nocy wystąpiły objawy silnego krwotoku wewnętrznego. Rozpoznano ciążę zewnątrzmaciczną, pękniętą. Wykonano laparotomię i stwierdzono stan następujący: Po stronie lewej macica normalnej wielkości, na wysokości ujścia wewnętrznego odchodzi od niej druga macica, kulista, nieco mniejsza od macicy lewej. W dnie tejże macicy jest otwór o brzegach strzępiastych szerokości palca. Przydatki lewe prawidłowe w związku z lewą macicą. Przydatki prawe również normalne z pękniętą macicą prawą. W jamie brzusznej jest jajo płodowe całe, odpowiadające 3 mies. ciąży, ponadto bardzo wielka ilość skrzepów i krew płynna. Odcięto prawą pękniętą macicę i kikut pokryto otrzewną. Przebieg pooperacyjny gładki, wyleczenie.

b) U wieloródki, znajdującej się w ostatnim miesiącu ciąży, wystąpiły bóle, które trwały 3 dni a potem ustały, równocześnie osoba ta przestała odczuwać ruchy płodu. Skoro po upływie dalszych 3 miesięcy poród nie występował, zgłosiła się po poradę do kliniki. Stwierdzono wyraźne ogólne objawy ciąży, a w jamie brzusznej guz, odpowiadający macicy ciężarnej w VIII mies. ciąży, o powierzchni gładkiej, ruchomy, niebolesny. Badaniem wewnętrznem stwierdzono macicę twardą, nieco pomniejszą, w tyłozgięciu po stronie lewej wyżej guz opisany, który pozostawał w ścisłym związku z macicą zapomocą grubej szypuły, wychodzącej od macicy po stronie lewej w okolicy, odpowiadającej ujściu wewnętrznemu. Na podstawie powyższego badania i wyraźnych wywiadów rozpoznano ciążę donoszoną w rogu szczątkowym macicy. Prześwietlenie potwierdziło rozpoznanie, wykazało bowiem w guzie części płodu. Operacja polegała na przecięciu szypuły guza i zaopatrzeniu jej pozaotrzewnowo. Guz był zupełnie wolny, bez żadnych zrostów (Pokaz guza i rentgenogram).

W dyskusji Kol. Wiczyński podnosi trudność zastąpienia i znaczną skłonność do poronień w przypadkach wad rozwojowych macicy. Trudność zastąpienia obok fizycznych przeszód ze strony szyjki macicy pochodzić może także z niedomogi samej błony śluzowej macicy w tworzeniu się cyklicznych jej przemian. O ile tych fizycznych przeszkód ze strony szyjki niema — to poronienie odbywa się drogami naturalnemi. Powyższe dwa fakty objaśnia mówca własnemi przypadkami. Na tle innego przypadku objaśnia W. trudności rozpoznawcze między ciążą w rogu macicy podwójnej a guzami przydatków macicy.

3) Kol. Jurimowa omawia przypadek *żółtaczki hemolitycznej wrodzonej.*

4) Kol. Ziembicki zwracając uwagę na częstość *ropni płucnych zgorzelinowych* w drugiej połowie r. 1928, omawia 6 przypadków tego schorzenia. U jednego osobnika, podeszłego wieku, po objawach, przypominających zawały krwotoczne wystąpiła szybko sprawa zgorzelinowa i wśród objawów zapadu skończyła się w paru dniach śmiertelnie. W drugim przypadku, gdzie istniała możność iterwencji chirurgicznej lub odmowej, chora na żaden zabieg się nie zgodziła, jej dalsze losy nie znane. Z dwu następnych przypadków, leczonych chirurgicznie, jeden zakończył się zejściem śmiertelnem, drugi został trwale wyleczony. Ropień umieszczony był blisko powierzchni klatki piersiowej i dał się opróżnić z łatwością. Zabieg wykonano na oddziale chirurgicznym (Kol. Ostrowski Tad.). Dwa następne przypadki poddane zostały leczeniu przy pomocy sztucznej odmy. Obydwa pozostają jeszcze w obserwacji na oddziale szpitalnym. W jednym z nich ropień usadowiony był w pobliżu wnęki, a więc głęboko, dostęp chirurgiczny był wątpliwy. Brak zrostów opłucnowych ułatwił założenie odmy, poczem bezpośrednio ciepłota opadła, cuchnąca plwocina w zupełności ustąpiła. Odma była następnie 3-krotnie powtórzona, ściana ropnia objawiała bowiem tendencje do rozchylania się. Chora przybywa na wadze, czuje się doskonale, pomaga dobrowolnie w posługach szpitalnych. Czy wyleczenie będzie trwałe, przyszłość niedaleka okaże. Drugi przypadek, leczony odmą, odznacza się tem, że jest z wszystkich jedyny, w którym nie było jednej jamy, ale kilka drobnych ropni obok siebie. Po założeniu odmy i tu cuchnąca plwocina ustąpiła, ciepłota spadła. Na uwagę zasługuje, że wszystkie ropnie w wymienionych przypadkach umiejscowione były w płucu prawem, jak to zresztą bywa najczęściej. Z trzech ropni, obserwowanych na innym oddziele (chirurgicznym) jeden leżał po stronie lewej. Mowca rozpatruje wskazania do wyboru odpowiedniego zabiegu i sądzi, że do opróżnienia drogą operacyjną nadają się przedewszystkiem ropnie położone blisko powierzchni klatki piersiowej, dalej ropnie, którym towarzyszą zrosty opłucnowe. Ropnie, leżące głęboko powinny być, o ile inne warunki pozwalają, opróżniane zapomocą odmy. Reszty możnaby dokonać dorgą bronchoskopji. Leczenie przy pomocy samego tylko bronchoskopu bez opróżnienia ropnia czy to na drodze operacyjnej, czy odmowej, uważa mowca za bezcelowe. Wszelkie środki wewnętrzne, czy dożylne (salwarsan), mogą mieć znaczenie tylko pomocnicze. (Mowca objaśniał pokaz przeźroczami, w końcu zaś zwrócił się do obecnych z zapytaniem, czy i inni koledzy spostrzegali w roku ubiegłym stosunkową częstość ropni płucnych zgorzelinowych).

Dyskusja: Kol. Pisek: Spostrzeżenia co do obecnej częstości przypadków ropni płucnych mogę ze swej strony potwierdzić. W ostatnich miesiącach spostrzegałem na moim oddziale trzy przypadki. Jeden dotyczył mężczyzny w sile wieku u którego po przebytem zapaleniu ogniskowem płuc rozwinęła się zgorzel w płucu lewem z plwociną niemożliwie cuchnącą, cechująco się warstwującą. Drugi chory okazywał jamę wielkości jaja gęsiego w górnym płacie — po zapaleniu płuc dławcowym; u trzeciego chorującego już od 2 lat wskutek licznych rozstrzeni oskrzelowych wytworzyły się ropiejące liczne jamy rozstrzeniowe. U chorego pierwszego systematyczne leczenie zastrzykami transpulminy, emetyny przy równoczesnem stosowaniu leków żywicznych — mimo równocześnie przedsięwziętej operacji krwawnic i przetoki odbytnicowej — osiągnąłem wyleczenie. U drugiego chorego stosując transpulminę, emetynę, okresowo neosalwarsan — obok diety „suchej", ustawienia łóżka właściwego — wynik również był dobry. Prześwietleniem kilkakroć przedsięwziętem stwierdzono całkowite zagojenie się rany. Po 2-miesięcznem leczeniu w uzdrowisku klimatycznem powrócił na oddział z jamą dawną i drugą mniejszą (Roentgen) powyżej dawnej. Obecnie po kilkutygodniowem leczeniu na oddziale stracił wysokie ciepłoty — prześwietlenie stwierdzało poprawę. U trzeciego chorego leczenie — obecnie zastrzykami kamfochinem nie daje widocznej poprawy, jedynie ustępuje podwyższona ciepłota. Zabiegi chirurgiczne wskutek twardych zrostów nie są możliwe.

Stosowanie sztucznej odmy przy jamach zgorzelinowych wyjątkowo mogą dać wyniki korzystne. Możliwość przedarcia cienkiej czasem ściany jamy musi być brana pd uwagę przy dokonaniu odmy sztucznej.

Całkowite wygojenie się b. starych ropiejących jam — o grubej nierównej membrana pyogenes — nie jest prawdopodobnem a stąd i stosowanie w tych przypadkach nie rokuje wyników korzystnych chyba bardzo wyjątkowo.

Kol. Nowicki zauważa, że w ostatnich czasach stwierdzano w tutejszym Instytucie anatomji patologicznej ropnie płuc bez widocznego źródła anatomicznego ich pochodzenia. Spostrzeżenia kliniczne, dotyczące obecnie panującej grypy, wskazywałyby na związek tych ropni z zakażeniem grypowem. Mowca wspomina o powikłaniach, spostrzeganych w czasie pandemji w r. 1918 i 1919. Co się tyczy leczenia tych ropni zapomocą odmy opłucnowej sztucznej, mowca zauważa, że w przypadkach ropni starszych widoki zupełnego zbliznowacenia płuc w miejscu ropnia będą gorsze: wytworzona błona ropotwórcza będzie przeszkodą w tego rodzaju gojeniu się sprawy przewlekającej się. Należałoby badać bakterjologicznie wydobywaną ropę nakłucia.

Kol. Czernecki obserwował około 20 ropni płucnych w trzech ostatnich latach: — omawia sposoby rozpoznawania ich.

Kol. Węgrzynowski miał 4 wypadki ropni płucnych w obserwacji tego roku. Stosowano leczenie salwarsanem. Leczenie odmą nie zawsze jest bezpieczne.

Kol. Ostrowski T. omawia patogenezę ropni płucnych, tudzież sposoby leczenia tak konserwatywnego jak też chirurgicznego.

Kol. Elmer wspomina o surowicach leczniczych, stosowanych w takich wypadkach na klinikach paryskich.

Kol. Gąsiorowski podkreśla różnicę etjologiczną grypy a ropni płucnych, tudzież omawia wyniki własnych badań rozpoznawczych w danym zakresie.

Kol. Dynin zaznacza, iż ropnie płucne obserwowane są u chorych powyżej 50 lat.

Kol. Ziembicki wyraża zadowolenie, że sprawa, którą poruszył wywołała tak obszerną i pouczającą dyskusję, potwierdzającą zarazem jego spostrzeżenie, że ropnie zgorzelinowe w płucach występowały istotnie częściej w r. 1928 niż w innych latach.

W odpowiedzi Kol. Nowickiemu stwierdza, że etjologja ropni była w omówionych przypadkach najrozmaitsza. W jednym przypadku ropień płucny poprzedzony był przez zakażenie połogowe, w innych był być może wywołany przerzutowo przez ropnie migdałkowe. Wiadomo z piśmiennictwa, że zgorzel płuc może wystąpić w następstwie ropnia śródusznego, lub zapalenia wyrostka robaczkowego. Wprowadzać swych przypadków ropni w związek z grypą nie mógłby, bo istnieje w tym względzie potrzebne kriterjum bakterjologiczne. To co w bieżącej zimie występowało pod postacią grypy, przebiegało dość łagodnie, do stosunkowo częstych zaś powikłań należy podostre zapalenie stawów. Mowca nie zgadza się z Kol. Czerneckim, jakoby częstość ropni płucnych była wynikiem udoskonalonego rozpoznania. Wszak chodzi o ropnie zgorzelinowe, a tu sama woń cuchnąca stanowi o rozpoznaniu. Promienie Roentgena, wyświetlające lokalizację, a nie sam charakter cierpienia, znamy przecież także już od dawna. Uwaga Kol. Węgrzynowskiego o możliwości pęknięcia ropnia pod naciskiem odmy, może jest słuszna, ale sądzi, że ropień usadawiony głęboko, koło wnęki, uciśnięty równomiernie ze wszystkich stron wolnem od zrostów płucem, które w całości przesuwa się pod wpływem odmy, na takie pęknięcie niezbyt jest narażony. Na zapytanie co do wieku chorych, wyjaśnia mowca, że z wyjątkiem jednego przypadku, wszystkie dotyczyły chorych w sile wieku, lub młodych.

5) Kol. Aleksiewicz J. przedstawia protezę nosa z celluloidu. W dyskusji Kol. Ostrowski T. omawia etjologię tego przypadku i wykonany zabieg operacyjny.

SPRAWY ZAWODOWE.

Prof. Dr. L. WACHHOLZ. - Kraków.

Instrukcja w sprawie wykonywania sądowych sekcyj zwłok *).

Niskość taryfowego wynagradzania lekarzy - biegłych za ich czynności w sądach karnych była niewątpliwie jednym z powodów upadku ekspertyzy lekarskiej w naszych sądach. Upadek ten zaznaczał się przedewszystkiem bardzo dotkliwie, ile razy podejmowano sekcję zwłok a to bez względu na to, czy w danym przypadku chodziło o przestępstwo mniej doniosłe, czy też wprost o kapitalną zbrodnię. Na większości protokołów sekcji sądowych nie można było z czystem sumieniem oprzeć stanowczego orzeczenia, aby przypadkiem nie przyłożyć ręki do niewinnego zasądzenia. W roku ubiegłym przedstawiłem Ministerstwu Sprawiedliwości konieczną potrzebę ulepszenia i podwyższenia taryfy sądowo - lekarskiej, a zarazem potrzebę wydania szczegółowej instukcji co do wykonywania sekcji sądowej zwłok. Na wyrażone życzenie przedłożyłem Ministerstwu Sprawiedliwości projekt nowej taryfy sądowo - lekarskiej i projekt rzeczonej instrukcji. Projekt mój nowej taryfy sądowo - lekarskiej uzyskał moc rozporządzenia 15 lutego b. r., które obowiązuje od 11 kwietnia b. r. Projekt zaś instrukcji, uzgodniony na konferencji mej z przedstawicielami Ministerstwa Sprawiedliwości i Spraw Wewnętrznych w dniu 8-go czerwca b. r., będzie ogłoszony rozporządzeniem tych Ministerstw wraz z innemi rozporządzeniami Ministerstwa Sprawiedliwości, związanemi z wprowadzeniem w życie nowego kodeksu postępowania karnego od 1 lipca 1929. Nowa instrukcja w sprawie wykonywania sekcji sądowej zwłok odpowiada podobnym instrukcjom, istniejącym niemal we wszystkich państwach. Normuje ona szczegółowo z jednej strony tok postępowania przy oględzinach zewnętrznych zwłok, przy sekcji właściwej, przy podejmowaniu pewnych prób, związanych z istotą danego przypadku, z drugiej zaś strony porządek i sposób redagowania protokołu sekcji oraz końcowej opinji. W części ogólnej omawia instrukcja obowiązki i przywileje znawców, wreszcie obowiązki władz i czynników, współdziałających przy podejmowaniu sekcji zwłok z polecenia sądu. W tej części ogólnej znajduje się także przepis, dozwalający na powoływanie dwóch biegłych do wykonania sekcji a to w przypadkach, w których zachodzi podejrzenie cięższego przestępstwa (zbrodni). Za ścisłe wykonanie rzeczonej instrukcji odpowiada w pierwszym rzędzie sędzia, który polecił ją wykonać lekarzowi biegłemu. Należy żywić nadzieję, że nasi biegli zechcą się dokładnie zaznajomić z powyższą instrukcją, która przypomni dokładny i ścisły sposób wykonywania sekcji zwłok, widywany przez nich w zakładach naukowych w czasie studjów uniwersyteckich, i postarają się o podniesienie należyte poziomu swych ekspertyz.

*) Rzecz napisana i przesłana Redakcji 21 czerwca b. r.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Od „Rodziny Lekarskiej“ w Warszawie. Wyjeżdżając na wywczasy letnie nie zapominajcie o tych nieszczęśliwych, którzy gniją w wilgotnych suterenach lub duszą się na poddaszach. Zasilajcie fundusze „Rodziny Lekarskiej“ przez zapisywanie się na jej członków. Ofiary i zapiski przyjmuje Sekretarjat, Podwale 18 (lokal Izby Lekarskiej Warszawsko - Białostockiej) w godzinach biurowych. Konto czekowe 15922.

Spełniając zamiar wyrażony w styczniowym zeszycie „Wiedzy Lekarskiej“ ogłasza Redakcja Konkurs na najlepszą pracę lekarską napisaną na temat dowolny, lecz uwzględniającą w pierwszym rzędzie potrzeby lekarza praktyka.

Sąd konkursowy składać się będzie z profesorów i docentów Uniwersytetu Warszawskiego i wyda swą opinję 28 lutego 1930 r.

Warunki konkursu:

1) Ubiegać się o nagrodę mogą jedynie lekarze, obywatele polscy, całoroczni prenumeratorzy „Wiedzy“ z wyjątkiem: stałych współpracowników „Wiedzy“, oraz lekarzy pracujących w szpitalach i klinikach miast uniwersyteckich.

2) Praca musi być oryginalna, oparta na własnych spostrzeżeniach i doświadczeniach, uwzględniająca obok własnych spostrzeżeń i wniosków także piśmiennictwo polskie, a podług możności i obce, zwłaszcza francuskie. Praca powinna uwzględniać przedewszystkiem potrzeby lekarza praktyka, bądź to w dziedzinie zapobiegania chorobom, bądź ich rozpoznawania, bądź też lecznictwa, lub we wszystkich tych dziedzinach łącznie, bez względu na specjalność. Rozmiar pracy nie może przekraczać 16 stron druku „Wiedzy“. Na konkurs mają być nadsyłane tylko takie prace, które dotychczas drukiem ogłoszone nie były.

3) Prace winne być napisane poprawnym językiem polskim, b. czytelnie na jednej stronie arkusza z pozostawieniem marginesu i podpisane godłem. Prace konkursowe powinny być nadesłane w 3 egzemplarzach do Administracji „Wiedzy“, Piękna 62, najpóźniej do dnia 31 Grudnia 1929 r. Razem z pracą nadesłać należy: kwit opłaconej całorocznej prenumeraty i zamkniętą kopertę, opatrzoną zewnątrz w to samo godło i zawierającą wewnątrz imię, nazwisko i dokładny adres autora, oraz podpisane zobowiązanie podług poniżej podanego wzoru.

4) Wyniki konkursu będą podane do wiadomości w marcowym zeszycie r. 1930 „Wiedzy“. Prace odznaczone będą ogłoszone drukiem na łamach „Wiedzy“ w ciągu roku 1930.

5) Redakcja zastrzega sobie prawo wyboru niektórych prac z pośród niewyróżnionych i ogłoszenia ich drukiem po uprzedniem zawiadomieniu autora. Prace te będą honorowane narówni ze zwykłemi, niekonkursowemi pracami. Autorom prac wyróżnionych na konkursie nie przysługuje prawo ani do honorarjum, ani do umieszczenia ich w innem piśmie.

6) Nagroda wynosi 3000 zł, nagrodzony autor obowiązuje się spędzić w roku 1930 najmniej dwa miesiące w jednym z miast uniwersyteckich Francji, poświęcając się cały ten czas studjom lekarskim i złożyć Redakcji „Wiedzy“ szczegółowe sprawozdanie ze swego pobytu najpóźniej do 31. XII. 1930.

7) Oprócz tego ustanawia się trzy nagrody pocieszenia; jedną w kwocie 500 zł i dwie po 250 zł. Cztery piąte tych nagród będą wypłacone gotówką, a reszta czekiem księgarni francuskiej, pozwalającym na otrzymanie książek lekarskich w języku francuskim na powyższą sumę podług wyboru nagrodzonego.

8) W razie gdyby Sąd Konkursowy nie przyznał nagrody, wymienionej pod 6, żadnej z nadesłanych prac z powodu poziomu naukowego, wówczas zastrzega się dla tegoż Sądu Konkursowego prawo albo ponownego ogłoszenia konkursu, albo podziału nagród wymienionych pod 6 i 7 na pięć równych części (t. j. po 800 zł) z tem, że w ten sposób nagrodzeni otrzymają po 650 zł gotówką i 150 zł czekami księgarni francuskiej i polskiej, pozwalającymi na otrzymanie książek lekarskich podług wyboru nagrodzonego. Nagrody w ten sposób udzielone zobowiązują autorów do wysłuchania całego kursu dokształcającego dla lekarzy w jednem z miast uniwersyteckich polskich w ciągu roku 1930.

Wzór zobowiązania.

Ja, niżej podpisany, zamieszkały w..... ul..... zobowiązuję się niniejszem w razie przyznania mi nagrody w wysokości 3000 zł do wyjazdu w ciągu roku 1930 do Francji gdzie przynajmniej dwa miesiące poświęcę studjom lekarskim w jednem z miast uniwersyteckich Zobowiązuję się też do nadesłania obszernego i szczegółowego sprawozdania z mego pobytu na ręce redaktora „Wiedzy

Lekarskiej“ i to najpóźniej do 31. XII. 1930. W razie gdyby zaszły jakieś nieprzewidziane przeszkody, uniemożliwiające wyjazd zobowiązuję się do zwrócenia całej otrzymanej sumy najpóźniej do 31. I. 1931. W razie przyznania mi nagrody 800 zł (punkt 8 regulaminu konkursowego) zobowiązuję się do przesłuchania całego kursu dokształcającego dla lekarzy w jednym z Uniwersytetów Polskich w ciągu roku 1930 i do przesłania Redakcji „Wiedzy“ odpowiedniego zaświadczenia, albo uwierzytelnionego odpisu tegoż, najpóźniej do 31. XII. 1930 r. W razie niewypełnienia tego warunku zobowiązuję się zwrócić otrzymaną w gotówce kwotę t. j. 650 zł najpóźniej do 1. XII. 1930 r.

Kraków.

Konkurs. Koło Lekarzy Towarzystwa „Pomoc Lekarska“ przy ul. Grzybowej Nr. 11. egzystującego od roku 1906 i mającego na celu niesienie pomocy lekarskiej ubogim bez różnicy wyznania, ogłasza konkurs za najlepszą pracę z biologji lub patologji żydów. Nagroda wynosi 1000 złotych.

Warunki konkursu: 1) O nagrodę mogą się ubiegać wszyscy lekarze Państwa Polskiego. — 2) Praca, o rozmiarze dowolnym, winna być napisana maszynowo na jednej stronie arkusza kancelaryjnego z marginesami, podpisana obranem godłem. Wraz z pracą należy nadesłać zamkniętą kopertę opatrzoną tem samem godłem, a wewnątrz zawierającą imię, nazwisko i dokładny adres autora. Prace należy przysłać w 3-ch egzemplarzach. — 3) Termin nadsyłania prac upływa z dniem 30 czerwca 1930 r. — 4) Gdyby żadna z prac nie została zakwalifikowana, nagroda 1000 zł zostanie podzielona na dwie mniejsze po 500 zł za prace najwięcej wyróżnione. 5) W razie zakwalifikowania do nagrody kilku prac jednakowej wartości pierwszeństwo przyznane będzie pracy lekarza pracującego przy Twie „Pomoc Lekarska“. — 6) Wynik konkursu ogłoszony będzie dnia 1 października 1930 r. — 7) Koło lekarzy przy Twie „P. L.“ zastrzega sobie prawo ogłoszenia nagrodzonych prac w swym ewentualnym pamiętniku.

Lwów.

Okrąg Lwowski Związku Lekarzy Państwa Polskiego. Na Walnem zebraniu Obwodu lwowskiego, odbytem dnia 12 czerwca b. r. wybrano Zarząd Obwodu, który na posiedzeniu odbytem dnia 26 czerwca ukonstytuował się w sposób następujący: przewodniczący prym. dr. W. Lipiński, zastępcy doc. dr. W. Reis i prym. dr. St. Ostrowski, sekretarz dr. R. Epler, zastępca dr. J. Kędzierski, skarbnik dr. Exelbirt, członkowie Zarządu: Dr. Dr.: doc. A. Dobrzański, M. E. Bikeles, P. Cymbalistyj, zastępcy Dr. Dr.: A. Ćwikliński, O. Blatt, A. Janik, A. Piro, M. Zaleski, M. Nowak-Przygodzka, Kl. Kanczyński i doc. A. Gruca. Komisja rewizyjna: Dr. Dr. E. Doliński, A. Pohorecki, Oberländer. Zarząd rozpocznie stałe urzędowanie z dniem I. IX. w lokalu Izby Lekarskiej. Z wysokiem poważaniem *Epler,* sekretarz. *Lipiński,* prezes.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XX Posiedzenie naukowe odbyło się dnia 28 czerwca b. r. z następującym porządkiem dziennym: 1) Kol. Szumowski: Przypadek przewlekłego zapalenia wyrostka sutkowego (pokaz); — 2) Kol. Grek: Przedstawienie przypadków wrzodów żołądka leczonych w Klinice wewnętrznej. — 3) Kol. Doliński: Pogląd na ustawodawstwo z dziedziny zwalczania chorób zawodowych i ochrony pracy (wykład). 4) Kol. Kogutowa: Choroby zawodowe ze stanowiska lekarza praktyka. W dyskusji zabierali głos Kol.: Zgórski, Pisek, Mikołajski.

Wilno.

Komunikat Zjazdowy. W dniach 26—29 września b. r. odbędzie się w Wilnie Zjazd Okulistów Polskich, jako sekcja XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich. Tematy główne: 1) Hydrostatyka i Hydrodynamika cieczy śródocznej i cieczy mózgowordzeniowej. Referuje Prof. Dr. K. Noiszewski. — 2) Operacyjne leczenie jaskry przewlekłej. Referuje Prof. Dr. J. Szymański. — Zapraszając tą drogą wszystkich członków do wzięcia udziału w Zjeździe — proszę o zgłaszanie tematów wykładów i referatów wraz z streszczeniem pod adresem Kliniki Ocznej U. S. B. Wilno (Antokol) do dnia 15 września 1929 r.

Z kraju.

Kurjozum. W Nr. 176 „Ilustrowanego Kurjera Codziennego“ z 30 czerwca 1929 umieszczono następujący anons reklamowy:

„Na kiłę krtani umiera dziennie tysiące osób różnego wieku i stanu, wielka liczba takich uznana jest przez lekarzy jako nieuleczalnie gruźliczych. Pomyłka ta powstaje z tego powodu, że gruźlica powoduje kaszel i flegmę, taki sam objaw jest u kiły krtani, tylko, że wydzielina jest weneryczna. Różnica w tem jest ta, że gruźlica powoduje gorączkę i stałe osłabienie, zaś kiła krtani dreszcze, częściowo ból głowy i ropienie migdałków i krtani. Zwracam uwagę, że z przestarzałej rzeżączki powstaje szankier, z szankra kiła i u wielkiej liczby osób wytwarza się kiła krtani i przez długie bolesne męczenie, wycieńczenie, powoduje śmierć za młodu.

Leczę powyższe jak też wszelkie inne i najbardziej zastarzałe choroby kobiece katar i owrzodzenie macicy, opuchnienie i zapalenie jajników, upławy białe, żółte cuchnące i szczypiące usuwam w krótkim czasie. Zwracam uwagę, że zaniedbane upławy i katar żołądka, ból głowy i krzyży, ból w łopatkach i w piersiach, kaszel, stałe osłabienie i stan beznadziejnie rozpaczliwy, u wielu kobiet raka macicy, we wszelkich chorobach sprawiam szybko ulgę. Macice opadnięte choćby najbardziej, przywracam do stanu normalnego bez pierścieni i opasek, które są niewygodne i bezcelowe, a bóle w krzyżach i karku ustaną zupełnie. Godz. przyj. rano od godz. 9 do 1 w poł., popoł. od 3 do 5. Z dalekich stron odległych od kolei miejscowści, przyjazd niepotrzebny, wystarczy wyraźnie podać dokładny adres, jaka, jak długo trwa już choroba, jakie brane kuracje i jakie obecne dolegliwości, na pisma niewyraźne nie odpowiadam. Interesującym wysyłam nowe pismo „Droga do Zdrowia“ za opłatą. Ciślak, Naturalista, Katowice, Teatralna 2“.

Komitet Propagandowy przy Radzie Gminnej w Krynicy Zdroju. L. 9/29. Krynica, dnia 31 maja 1929. Do Izby Lekarskiej we Lwowie. Doszło do naszej wiadomości, że Panowie Lekarze w poszczególnych miejscowościach, odnoszą się z uprzedzeniem, do Krynicy jako uzdrowiska i pomimo wszelkich widoków skuteczności kuracji w Krynicy, ordynują pacjentom raczej zagraniczne miejscowości kąpielowe.

Postępowanie to, piętnowane przez licznych kuracjuszów, którzy pomimo zalecania im obcych zdrojów, odbywają kurację w Krynicy i nie widzą powodów odradzania im wyjazdu do tego krajowego uzdrowiska, zmuszają nas do zwrócenia się do Izby Lekarskiej z uprzejmą prośbą o wywarcie wpływu na niechętnych Krynicy Panów lekarzy, by przed wydawaniem potępiającego sądu o Krynicy, zechcieli się wpierw z jej urządzeniami i wartością leczenia zapoznać.

Ze swej strony stwierdzić możemy, że dbałość miarodajnych czynników o zapewnienie Krynicy wszelkich nowoczesnych urządzeń leczenia kąpielowo-zdrojowego doprowadziła Krynicę do poziomu najlepiej w Polsce urządzonych, zagranicy nie ustępujących zdrojowisk.

Poczucie czynnego patrjotyzmu względem własnego Państwa, tak silnie wśród Panów lekarzy rozbudzonego, winno być z drugiej strony poważnym bodźcem do zrealizowania zasad samowystarczalności i pozostawiania pieniądza w kraju jak również winno być motywem życzliwej krytyki względem nielicznych i zdrowiu pacjentów nieszkodliwych niedomagań, nieuniknionych we wszelkich poczynaniach i nakazanych oszczędnościach.

Licząc, że prośba nasza spotka się z pełnem zrozumieniem Szanownej Izby i wypadki niepatrjotycznej przedewszystkiem akcji nielicznych Panów lekarzy nie dojdą więcej do naszej wiadomości, pozostajemy z poważaniem Prezes: *Dr. Emanuel Zarzycki.*

Ze świata.

Naukowa wycieczka lekarzy do Paryża i Londynu. Grupa lekarzy wiedeńskich (do których przyłączyli się również lekarze zagraniczni) wybiera się 3 sierpnia 1929 do Paryża i Londynu. Koledzy (z wszystkich krajów), którzy pragną się przyłączyć, otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytania pod adresem: Aertzliche Auslandsstudienreisen, Wieden (Wien) I. Bibersstrasse 11, I. Stock, Tür. 6.

W porze od 20—22 stycznia 1930 r. XX Zjazd Niemieckiego Towarzystwa Rentgenologów urządza wystawe, na której prócz wytworów przemysłu w zakresie Roentgena, można będzie oglądać zdjęcia, przeźrocza i odbitki, jak również pokazy tablic przedstawionych wykresowo i obrazowo. Bliższych wiadomości udziela radca handlowy Ludwik Assinger, Wiedeń IV, Pressgasse 31.

Redakcja otrzymała.

Le Monde Médical, nr. 75, 15 juin 1929.

Polski Czerwony Krzyż, 1919—1929. Wydawnictwo jubileuszowe na dziesięciolecie istnienia Polskiego Czerwonego Krzyża. Nakładem Administracji mies. „Polski Czerwony Krzyż“. Warszawa. 1929 r.